

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL Nº 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontinuos@dirbi.ufu.br.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA
ISADORA DAMASCENO RIBEIRO DE OLIVEIRA LEITE

SOBRE TRANSEXUALIDADE:
CONCEITO, POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTO DE
DESPATOLOGIZAÇÃO

UBERLÂNDIA
2013

ISADORA DAMASCENO RIBEIRO DE OLIVEIRA LEITE

SOBRE TRANSEXUALIDADE:

**CONCEITO, POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTO DE
DESPATOLOGIZAÇÃO**

Monografia apresentada junto ao Curso de Graduação em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (INHIS-UFU) como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel e Licenciada em História, sob a orientação da Professora Doutora. Flávia do Bonsucesso Teixeira.

UBERLÂNDIA

2013

Isadora Damasceno Ribeiro de Oliveira Leite

SOBRE TRANSEXUALIDADE:

Conceito, Políticas Públicas e Movimento de Despatologização

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Flávia do Bonsucesso Teixeira.
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Jacy Alves de Seixas

Prof. Dr. Antônio de Almeida

À liberdade de ser o que se é.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Edivaldo José Leite e Cléia Damasceno Leite, meus guias. Que mesmo diante das dificuldades e da saudade, mantiveram portas e janelas abertas para que eu pudesse alçar voo.

Aos meus irmãos Arthur Damasceno e Mayra Damasceno, meu alicerce. Que longe do berço me inspiram, impulsionam e dão força para seguir em frente.

À minha amiga e cunhada Fabíola Borges, pelas conversas loucas e consultorias ao mesmo tempo tão esclarecedoras.

Ao meu amigo-irmão Max, que despertou em mim a sensibilidade e curiosidade sobre este estudo.

À professora e pseudo-orientadora Jacy Seixas, que a princípio aceitou orientar toda a minha “confusão”, mas que sabiamente me encaminhou até a estimada orientadora Flávia Teixeira, conhecedora do saber que me faltava e a quem agradeço imensamente pela paciência e por apostar no meu trabalho.

Às amigas-lindas de infância, adolescência, de hoje e sempre: Izabella Verri (metade), Dayana Theodoro, Mariza Yoko, Tatiana Yukari, Thais Moreira, Stella Cunha, Bárbara Martins, Mayara Bastos e Thalita Martins (baiana).

Às Mariana's da minha vida: Mariana Corsini, Mariana Marçal e Mariana do Carmo Nascimento, por me resgatarem com verso e prosa, dos dias de tensão.

À minha segunda família constituída em Uberlândia: Guida Leite, Alessandro Borges, Jair Leite, Maria Alice, Daniela Fonseca, Altair Junior e Ioná Guedes. Que me mostraram muito docemente o amargo da vida proletária; me ensinando a trabalhar e a encarar os obstáculos da vida com muita alegria e otimismo.

Aos meus amigos e eternos companheiros de graduação e dos bares da vida: Isabela Pacheco, Munis Pedro, Diego Leão, João Gabriel do Nascimento, Jaque Rodrigues, Dinah Nascimento,

Fernanda Vaz, Raoni Nery, Sávio Antunes, Ezequiel Araújo e Gabriel Pimentel. Em especial à Sálua Francinele que se tornou uma grande amiga, para além dos portões da universidade e ao meu caro amigo Hugo Mendes (brow), pelas críticas e risadas compartilhadas.

Ao meu namorado, amigo e companheiro Claudio Júnior, que suportou as minhas variações de humor quase insuportáveis, ao longo deste trabalho.

À todos que se preocuparam, perguntaram e se interessaram pelo meu estudo. E àqueles não citados, que esperam ansiosamente pela conclusão desta etapa tão importante na minha vida.

Com muito carinho: essa é pra vocês!

*Onde queres o ato, eu sou o espírito
E onde queres ternura, eu sou tesão
Onde queres o livre, decassilabo
E onde buscas o anjo, sou mulher
Onde queres prazer, sou o que dói
E onde queres tortura, mansidão
Onde queres um lar, revolução
E onde queres bandido, sou herói.*

O quereres – Caetano Veloso

RESUMO

Este estudo tem como objetivo interrogar, analisar e refletir sobre algumas estratégias acionadas pelas pessoas transexuais na busca pelo direito e espaço público, incluindo processos de intervenção cirúrgico e hormonal que reverberam este movimento de reconhecimento de suas identidades de gênero. Inicialmente, tentaremos compreender o percurso do conceito de *transexualidade*. Posteriormente, buscamos apresentar e analisar as Resoluções e Portarias que regulamentam o acesso das pessoas transexuais aos serviços de saúde. E por último, apresentamos o movimento de resistência das pessoas transexuais e ativistas que se uniram numa luta pela despatologização das identidades transexuais.

Palavras-chave: Transexualidade, Políticas Públicas, Despatologização.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - PERCURSO DO CONCEITO: TRANSEXUALIDADE ...	Erro! Indicador não definido.2
CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
CAPÍTULO III - DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS.....	42
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUÇÃO

Oh, príncipes da ciência, sábios químicos, cujos nomes ecoam no mundo, analisem então, se for possível, todas as dores que queimaram e devoraram esse coração até suas últimas fibras; todas as lágrimas ardentes que o inundaram, dessecaram em suas selvagens opressões!¹

No presente trabalho interrogamos algumas estratégias acionadas pelas pessoas transexuais na busca pela aceitação social, incluindo os processos de intervenção cirúrgica e hormonal que reverberam na luta por direitos e reconhecimento de suas identidades de gênero. A partir da análise do debate atual sobre a despatologização da dita “experiência transexual” e a desconstrução da figura nosológica do *transexual de verdade*².

As construções do saber médico/psi, consideram a transexualidade como patologia e reduzem os sujeitos, suas experiências e suas singularidades a um diagnóstico previsto na Classificação Internacional de Doenças (CID 10). No entanto, a partir do início dos anos 2000, assistimos a um questionamento de tais construtos e um discurso proferido pela academia e movimento social começando a reunir pesquisadores e ativistas que reivindicam o reconhecimento destas pessoas em que, independente do desejo pela realização da cirurgia de transgenitalização, lutam pelo direito de se identificarem no corpo e gênero; enfim, pelo direito de dizerem quem são (TEIXEIRA, 2013, p. 62).

Para este trabalho algumas questões, já discutidas por outros autores, foram retomadas com o objetivo de estabelecer os contornos do dilema que a transexualidade parece despertar:

O que define ser homem e o ser mulher? Se o corpo-sexuado revela o que somos, aqueles que não se identificam com seu corpo em gênero, seriam, indefinidos ou anormais? Ao romperem com as normas de gênero seriam dignos de serem reconhecidos socialmente?

A determinação de gênero (feminino-masculino) e suas variações está inteiramente ligada à produção discursiva do corpo sexuado cuja natureza, baseada no mito de complementaridade dos sexos, culturalmente sugere um parâmetro de normalidade/anormalidade. Historicamente construídas, essas concepções são, no entanto, naturalizadas e vivenciadas como se assim fosse (LEITE JUNIOR, 2008, p.14).

Não somente a biologia participa deste processo de naturalização dos corpos, segundo Jean-Jacques Courtine a ideia de corpo foi teorizada primeiramente pela psicanálise, quando Freud decifrou a histeria e compreendeu que o inconsciente fala através do corpo (2008, p.7).

¹ FOUCAULT, Michael. **Herculine Barbin**: O diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

² Termo utilizado pelo saber médico que generaliza e contribui para patologização das identidades trans, considerando apenas um tipo de identidade transexual e que a partir de investigações e acompanhamento médico/psi/jurídico se comprova quando uma pessoa é ou não é transexual.

A partir deste momento o corpo materializa-se como locus para pensar na formação do sujeito, inserindo socialmente e culturalmente, a ideia de uma relação direta entre corpo e inconsciente. Deste lugar, nos ajuda a pensar a imagem construída e que reverbera quase sem questionamento, de que uma ou um transexual seria aquela pessoa cuja mente está aprisionada no corpo equivocado.

Nesta relação onde o corpo-sexuado carrega uma verdade sobre o sujeito, o corpo é tomado como foco, seja para destacar deformações ou doenças; seja para justificar as intervenções médico-cirúrgicas para adequação do corpo sexuado ao gênero identificado e, desta forma, corresponder às diretrizes da heteronormatividade. Nessa equação, as pessoas transexuais foram posicionadas como doentes, para as quais se construíram saberes estruturados em protocolos de tratamento médico e psicológico para cura do “transexualismo”.

Para transitar no terreno da *experiência transexual*³, escolhemos como referencia teórica o trabalho inaugural de Berenice Bento (2003), que compreende a emergência da transexualidade articulada histórica e socialmente performando os corpos-sexuados e que têm na heterossexualidade a matriz que confere inteligibilidade aos gêneros (p.20). Assim como a autora, compartilhamos conceitos produzidos no interior dos estudos *queer*⁴ cuja argumentação questiona a dicotomia existente entre corpo e gênero, uma vez que afirmam não existir natureza (corpo) anterior a cultura (gênero); e que no caso das pessoas transexuais, o gênero significa o corpo e não ao contrário.

No decorrer deste trabalho foram muitas as surpresas. Entrar em contato com um tema pouco conhecido e ainda “estranho” ao campo historiográfico provocou algumas incertezas, até mesmo da pertinência da proposta. Assim, escolhemos o trabalhar com a análise da luta pela despatologização e o enfrentamento da instituição médica como recortes possíveis para justificar nosso lugar também institucional: o curso de graduação em História.

³ Termo que compreende a transexualidade como uma prática de vida, um experimento do outro gênero.

⁴ Segundo Butler, “Queer adquire todo o seu poder precisamente através da invocação reiterada que o relaciona com acusações, patologias e insultos” (2002, p.58). O termo pode ser entendido como uma prática de vida que se coloca contra as normas socialmente aceitas, e um dos maiores esforços está na crítica à heteronormatividade homofóbica.

CAPÍTULO I

PERCURSO DO CONCEITO: TRANSEXUALIDADE

Esse texto está afinado com uma perspectiva que considera a transexualidade fora das interpretações homogeneizadas e patológicas que a conceituam como transtorno de gênero. Para trabalhar com a desconstrução das identidades trans estabelecidas como transtorno e outros diagnósticos de anormalidade, torna-se necessário entender todo percurso do conceito de transexualidade e consequentemente a construção da normatividade de gênero: masculino e feminino.

A transexualidade é construída nos contextos históricos e culturais, tratando-se de uma experiência de identidade que se caracteriza pelo conflito com as normas de gênero e sexualidade (heterossexualidade), confrontando com as definições aceitas pelos especialistas das áreas de medicina e psicologia que, por sua vez a qualificam como transtorno mental relacionado ao campo da sexualidade.

A transexualidade é uma das múltiplas expressões identitárias que emergiram como uma resposta inevitável ao sistema que organiza a vida social fundamentada na produção de sujeitos “normais/anormais” e que localiza a verdade das identidades em estruturas corporais. (BENTO, 2008, p. 20)

Apesar do termo transexualidade ter sido utilizado em meados do século XX, encontram-se relatos sobre essa suposta experiência em períodos históricos e culturas diversas. Estudos antropológicos revelam que em culturas não ocidentais, o trânsito entre os gêneros existe e ganha certo espaço, não sendo colocado em discussão ou condenado a intervenções cirúrgicas. Nestas culturas o corpo não aparece como principal característica para explicação do trânsito entre os gêneros; o que caracteriza é a identificação com o gênero oposto e desejo de viver conforme o gênero identificado.

Entretanto, para compreender sobre a construção do masculino e feminino, e concomitantemente sobre a transexualidade, é necessário o estudo sobre o corpo. Neste sentido, utilizamos como embasamento teórico, o também antropólogo Jorge Leite (2008), que em sua tese de doutorado trabalha sobre a construção do conceito de “travesti” e “transexual”, ressaltando que a discussão sobre o corpo, separadamente de gênero e política, foi realçada pelo discurso científico que, posteriormente deu origem às distinções clínicas e político-identitárias.

No seu estudo sobre o corpo, apresenta que a constituição dessas várias identidades se deu a partir do corpo reconhecido “hermafrodito”, que diz respeito ao corpo que possui os órgãos sexuais dos dois sexos (masculino e feminino). Segundo o autor, o hermafroditismo foi visto durante o período da Idade Média à Renascença como algo fantástico da natureza,

onde o discurso sobre a ambiguidade sexual estava inteiramente relacionado ao campo espiritual, ao universo dos monstros⁵ e criaturas mágicas.

Com advento da modernidade, e com toda mudança político-social e epistemológica em meados do século XVIII que passou a valorizar a razão e o saber científico, o hermafrodita antes classificado como prodígio da natureza, passa a ser um desvio dela. E é neste mesmo panorama político-social e cultural que fomenta-se a busca pelo “verdadeiro sexo”, reconhecido no “verdadeiro homem” ou na “verdadeira mulher”. Ainda com base nesta naturalização e determinação da essência do homem (masculino) e da mulher (feminino) é que, segundo o autor, surgiram os “perversos sexuais” do século XIX. Gays, lésbicas, invertidos, travestis, transexuais, crossdressers, todos vêm de um mesmo ser nunca antes aparecido na cultura ocidental: o hermafrodita psíquico, criado pelo debate científico entre cirurgiões, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas. (LEITE JUNIOR, 2008, p.15)

Os limites binários do corpo sexuado *mulher-vagina-feminino* e *homem-pênis-masculino* carregariam a dita “verdade única do nosso ser”, equacionando o comportamento de um homem/mulher ao seu sexo, e também a vinculação do seu gênero à genitália. Aquele que por sua vez contrariasse a lógica heteronormativa, seria classificado como portador de *transtorno de identidade*⁶.

Entre os séculos XVIII e XIX o cientificismo começa a rediscutir as diferenças biológicas entre homem e mulher, em que se tornou importante estabelecer uma diferenciação sexual. Muitos especialistas produziram trabalhos nesta época, ressaltando quanto à questão da sexualidade e quanto aos comportamentos sexuais.

A luta para a construção de uma leitura dos corpos fundamenta na diferenciação radical entre os corpos sexuais se impõe hegemonicamente no século XIX, propiciando a emergência de novas subjetividades e de novas identidades coletivas (JUNIOR, 2008. p. 21).

O *dimorfismo*⁷ surgiu anunciando um novo campo de luta, redefinindo as posições do masculino e do feminino na sociedade. Anterior a ele, dentro do *isomorfismo*⁸, a mulher era fisiologicamente um homem invertido e por isso não era de todo estranho quando uma menina

⁵ Em “Os Anormais” (1974-1975), Foucault trata das noções de monstro, enfatizando que se na Idade Média o monstro medieval era aquele configurado por uma forma bestial; no século XVII os monstros eram os hermafroditas.

⁶ Categoria nosológica, identificado como transtorno psicológico caracterizado por desconforto persistente com o próprio sexo, identificação com o sexo oposto e sensação de inadequação no papel de gênero do sexo.

⁷ Termo científico que caracteriza a diferenciação dos corpos masculino-feminino.

⁸ Termo científico que caracteriza a unificação e continuidade. Anteriormente ao dimorfismo, explicava a continuidade dos corpos, sem haver diferenciação entre homem-mulher/feminino-masculino.

por “acidente” viesse a se tornar um menino, ou se houvesse uma confusão quanto ao órgão sexual. No século XVIII o número de mulheres que se passavam por homens era significativo. Segundo Jean-Jacques Courtine, estes fatos poderiam representar até mesmo resistência aos papéis de dona de casa, entre outras atividades exercidas pelo sexo feminino na época. A questão de diferenciação de homem-mulher, feminino-masculino até então, não era o principal debate.

Segundo Jorge Leite, atitudes e vestuários masculinos em pessoas reconhecidas femininas e vice-versa, eram vistos como uma mistura entre homens/mulheres, feminino/masculino, que assim como uma genitália ambígua, era considerado um sinal de desordem emocional, espiritual e social, mas que o grau de periculosidade variava com o grau quantitativo de tal mistura. Por isso durante muito tempo o termo *andrógeno*⁹ foi muitas vezes usado como sinônimo de hermafrodita, em que, apenas após textos médicos científicos houve uma diferenciação entre eles.

O importante deste período, da Antiguidade grega clássica até aproximadamente o século XVIII, é que ser homem ou mulher fazia parte de um todo envolvendo posição social, grau de liberdade, desejos, roupas, comportamentos e espiritualidade, sendo a diferenciação genital apenas mais um, mas não o principal, dos elementos que caracterizavam esta distinção, pois o corpo era visto como um só para os dois, variando apenas seu grau de desenvolvimento (LEITE, 2008, p.19).

Já no século XIX, os trânsitos de gêneros são interrompidos. Todo sujeito tem um sexo e os corpos iriam justificar as desigualdades e diferenças hierarquizadas entre feminino e masculino, onde os discursos da diferença sexual começam a dar suporte a um discurso científico e aos julgamentos das condutas.

A refinada engenharia da diferença sexual esquadrinhou os corpos, com o objetivo de provar que não há nada em comum entre o feminino e o masculino. O único momento de encontro possível aconteceria no ato sexual. (LEITE, 2008, p.23).

Berenice Bento propõe problematizar o *dimorfismo* em contraposição ao *isomorfismo*. Afirmar que a visão dos cientistas do *isomorfismo*, de haver um único corpo, dificulta pensarmos a transexualidade. Coloca como desafio perceber os desdobramentos trazidos pelo *dimorfismo* no âmbito da organização social; quais os valores estabelecidos como verdade; o porquê de serem estabelecidos e a favor de quem e quais foram silenciados.

A maioria das teorias e casos que tentaram explicar a origem da transexualidade surgiu a partir do século XX, e que em 1980 sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças foi comemorada como um avanço da ciência médica. A partir de então consolidou o modelo proposto por Harry Benjamin do *transexual verdadeiro* baseado em inquéritos psíquicos, uma

⁹ Aquele com características físicas e comportamentais de ambos os sexos (feminino e masculino).

vez que a corrente hegemônica deste pensamento identificava a causalidade psíquica considerando que as pessoas transexuais não possuíam nenhuma alteração biológica, mas com certeza um problema psicológico, pois reafirmam a discordância entre a genitália e o gênero a partir da premissa da existência num corpo equivocado. Nesse cenário, conforme aponta Flavia Teixeira (2013) a cirurgia se constitui como única possibilidade de se tornarem inteligíveis, ou seja, realinharia o corpo e o gênero na matriz heteronormativa.

Nesta mesma perspectiva, podendo referir-se ao campo do *isomorfismo*, cabe a interpretação dos andrógenos e dos hermafroditas, trabalhado por Jorge Leite em seu estudo sobre a constituição dos “transexuais”. O autor apresenta, como os hermafroditas (ou muitas vezes chamados de andrógenas) eram visualizados desde a Antiguidade até o período da Renascença.

Ressalta que, segundo o mito de Platão, o conceito de andrógeno está ligado a uma união espiritual entre homens e mulheres que foram anteriormente separados como por um castigo. Dessa forma pessoas andrógenas eram consideradas como prodígios, poucos seres que não foram separados e estão unidos espiritualmente e em corpo. No mito do Deus Hermafrodito (na mitologia é filho dos deuses Hermes e Afrodite), conta que pela paixão de uma ninfa que pede aos deuses para unir seu corpo ao de Hermafrodito, torna este, metade homem e metade mulher. E a partir de então, todos aqueles que entrassem nas águas onde a ninfa o transformou, seriam também transformados como possuindo os dois sexos. Ainda na Idade Média, o hermafroditismo seria explicado também pela teoria da imaginação. Naquela época acreditavam que se uma mulher grávida visse algo que a impressionasse muito, poderia causar uma má formação do feto, podendo ser reconhecido como características de hermafroditismo.

O importante é reforçar que o universo psíquico e o corpo físico ainda não estavam tão separados conceitualmente e a dita “imaginação”, ou seja, as impressões e as vivências psíquicas mostram-se elementos capazes de realizar manobras e prodígios concretos na fisiologia humana (LEITE JUNIOR, p. 34). O hermafrodita da Antiguidade até meados do século XVIII se limitava às áreas místicas e espirituais, religiosas e artísticas. Nestes períodos de interpretação isomórfica não se tratava de saber a qual sexo os considerados hermafroditas pertenciam realmente, e sim a qual gênero e fronteiras sociais se estabeleciam. Para Foucault, o dever dos hermafroditas de assumirem apenas um sexo e cumprirem seus deveres de acordo com ele é um fato recente, pois durante muito tempo se admitiu a presença dos dois. Os hermafroditas poderiam na idade adulta decidir por si mesmo se queriam continuar no sexo definido quando no seu nascimento, ou não.

Somente no século XIX, com a consolidação do corpo sexuado e da determinação dos sexos masculino/feminino é que o discurso das ambiguidades dos sexos/gêneros será monopolizado por cirurgiões, endocrinologistas, psiquiatras e demais médicos especialistas. Desta forma, o novo hermafrodita, denominado por pseudo-hermafrodita, passa a ser visto como uma categoria clínica distinta e não mais como um prodígio da natureza. E conforme Foucault, passa a integrar à família das anormalidades que surgiram com a constituição do corpo dimórfico.

O pseudo-hermafrodita é uma nova entidade conceitual, filho legítimo da então nascente ciência sexual, integrando-se à *grande família indefinida e confusa dos anormais* (FOUCAULT, 1997, p.61).

A construção da heteronormatividade, de que existem dois corpos diferentes - feminino e masculino -, e que a explicação para ambos os comportamentos sociais de gênero são dadas pelos corpos e suas diferenças foi algo que, para se tornar norma, enfrentou este percurso de embate com a interpretação do *isomorfismo*. Mesmo porque, no que diz respeito à interpretação da transexualidade, só é possível pensá-la através do *dimorfismo*, que interpreta o corpo sexuado a partir da separação entre feminino-masculino, que traduzem a “verdade dos sexos”¹⁰.

Se no conceito de *isomorfismo*, existia um corpo único e a ideia de continuidade e não de oposição (ambos possuíam o mesmo corpo onde a vagina era o pênis invertido); no lugar dele, foi constituído o *dimorfismo* e com ele, também uma linguagem dimórfica. O *dimorfismo* se constrói diante da precisão em provar a fragilidade da mulher que justificasse a sua exclusão na vida pública e também para dar ao homem o lugar de superioridade. Tratava-se da ressignificação social através da diferenciação dos sexos.

Entre os séculos XVIII e XIX em que se discutiam o novo estatuto social da mulher, os dois sexos foram inventados como novo fundamento para o gênero; a diferença sexual foi estabelecida assim como verdade irrefutável e tornando politicamente importante esta diferenciação entre feminino e masculino a partir de então. Dentro desta nova maneira de pensar, classificar e representar o universo, homens e mulheres não mais referem-se a uma graduação de um mesmo ser, mas a distintas e opostas categorias ontológicas. A figura que até o século XVIII literalmente encarnava o *andros* (homem) e o *gynos* (mulher) num mesmo corpo, o andrógino – ou hermafrodita, pertencente à lógica da *epistémê*, lentamente perde lugar nas novas classificações modernas (LEITE JUNIOR, 2008, p.41).

¹⁰ Utilizamos das aspas neste momento, para enfatizar o alinhamento a um conjunto de trabalhos que criticam a atribuição de uma verdade dos sexos; àquela que, é materializada no corpo: masculino/feminino - pênis/vagina.

Para Foucault (1985^a), entre os anos de 1860-1870, há uma considerável proliferação de discursos médicos que buscam provar que os comportamentos de todas as ordens e, principalmente, os sexuais têm sua origem na biologia dos corpos. A busca do sexo verdadeiro e da correção de possíveis “disfarces” da natureza também está em curso, embora apenas em meados do século XX isso se torne realidade, com as cirurgias de “correção” das genitálias dos hermafroditas. Assim, a identificação das perversões e do verdadeiro sexo dos hermafroditas seria uma tarefa para o olhar do especialista, que conseguiria pôr fim às dúvidas sobre as ambiguidades das genitálias (BENTO, 2006, p.124).

Nesse contexto em que o corpo tornou-se objeto de um único campo do saber, em que proliferaram-se a medicalização de condutas e a protagonização do saber médico na história da transexualidade, viveu Herculine, considerada na época como hermafrodita. Num período em que o dispositivo da sexualidade já estava em funcionamento e não tratava-se mais de “vir a ser” alguém (como nos casos de hermafroditismo da época), mas sim de ser fixado como homem ou mulher; onde nos casos de anormalidade, a tarefa das ciências médicas era a de desfazer os disfarces e determinar o sexo verdadeiro através de um exame minucioso do corpo.

No diário de Herculine Barbin, apropriado pelo médico legista francês Ambroise Tardieu publicado em 1874, e posteriormente recuperado por Foucault em 1978, conta a trágica história de uma pessoa que quando nasceu foi reconhecida e batizada como do sexo feminino, e depois de ter vivido 21 anos como mulher, após exames médicos foi reconhecida como do sexo masculino, e que por isso deveria assumir deveres e postura social de um homem. Herculine foi educada em colégio de freiras e viveu sempre entre as mulheres, se identificava como uma mulher e também se apaixonara por mulheres. Em momento algum se autodenominou como hermafrodita ou qualquer outra classificação. Só estabeleceu contatos com essas classificações após se submeter a exames médicos. O dilema de sua vida era tentar entender como poderia amar outra mulher, já que em nenhum momento se sentia homem ou queria ser um homem; se sentia mulher e também se atraía por outra mulher. Não tinha nenhum conflito quanto a sua identidade de gênero e sim quanto a sexualidade; embora, a ciência estivesse ali para provar que ela estaria equivocada e para desfazer os possíveis disfarces. Após começar a escrever suas memórias, Herculine viria a suicidar aos 28 anos, em 1868.

O suicídio parecia inevitável. Todos os empregos que tentou em Paris lhe foram negados porque não tinha um físico preparado para desenvolvê-los. Por mais que seus documentos a posicionassem no mundo masculino, suas performances não a qualificavam para ocupar os postos de trabalho disponíveis (BENTO, 2006, p.131).

Segundo Berenice Bento, no caso de Herculine buscava-se apenas a verdade do sexo. Nesse período não era mais possível se passar por outro gênero pois, o dispositivo da

sexualidade estava em processo operacional. É exatamente neste momento histórico que surge a medicalização das condutas; e quando a diferenciação entre corpo, gênero e sexualidade já está em pauta.

A autora convida a pensar a relação entre gênero e corpo, em que, baseado nos dados do diário de Herculine, ela afirmava estar disposta a interferir em seu corpo para torná-lo mais feminino; contrariando o que os médicos consideravam natural pois, na verdade ela deveria desejar adquirir os elementos considerados adequados ao polo masculino. Neste caso, para os médicos ela deslocaria de hermafrodita para uma pessoa transexual (lembrando que neste momento o dimorfismo já estava se estabelecendo como modelo hegemônico).

Outra dimensão, se refere a relação entre corpo, gênero e sexualidade; em que, sendo considerada como do sexo masculino, mas se identificando com o gênero feminino e se sentindo atraída por mulheres, Herculine seria considerada além de transexual, uma pessoa homossexual. E dessa forma, estaria afrontando a heteronormatividade, mas também a heterossexualidade, visto que seria considerada uma pessoa transexual homossexual. Tamanha transgressão somente poderia ser traduzida em impossibilidade de vida, ou seja, no suicídio.

A leitura do caso me leva a pensar que o determinante na produção de seus pareceres foi a defesa da heterossexualidade, mesmo sabendo que custaria muito a Herculine adaptar-se às performances que sua nova condição de gênero lhe impunha. (...)

As tesouras simbólicas do poder médico continuam sua operação para a produção de corpos dimórficos, sem ambiguidades. É o trabalho de assepsia dos gêneros realizado no espaço legitimado pela modernidade, o espaço hospitalar, que se intensifica no século XX, principalmente no que se refere aos hermafroditas e às/aos transexuais (BENTO, 2006, pp. 129-130).

Com o nascimento da ciência sexual e da “sexualidade”, e a partir disso o aparecimento de novas identidades de gêneros; o importante a realçar é que foram duas as maiores influências de então para o surgimento destas novas figuras e de todas as futuras identidades do século XX baseadas na sexualidade: as médico-cirúrgicas e as ciências da psique – psiquiatria, psicologia e psicanálise. Os primeiros vão focar a busca pela distinção do verdadeiro sexo entre homens e mulheres no mais profundo da carne humana, enquanto os segundos vão procurar mais no íntimo da psique. (LEITE JUNIOR, 2008, P.55)

A experiência transexual, neste sentido, é um acontecimento histórico constituído a partir de um novo saber organizado em meados do século XX. É no ano de 1949 que a expressão *transexualismo* é utilizada para explicar o conflito de identidade de gênero, sendo diferenciado inclusive da homossexualidade, da travestilidade e de outros transtornos. E é neste período que os médicos assumem sua tarefa de construir um significado e um diagnóstico para tal experiência e caracterizar o(a) verdadeiro(a) transexual.

Em torno dessa discussão sobre como constatar se uma pessoa é transexual, ou mesmo diagnosticar alguém que vive a experiência transexual, Berenice Bento apresenta duas teses; uma apoiada na ciência psicanalítica de Robert Stoller e outra apoiada na estrutura biológica, sistematizada pelo endocrinologista Harry Benjamin. Ambos propõem explicar a origem da transexualidade ao mesmo tempo em que apresentam diversas formas de tratamento para tal. Em suma, segundo a autora, caracterizaram dois tipos de transexuais, o primeiro de *transexual stolleriano*¹¹ e o segundo de *transexual benjaminiano*¹².

Em seu livro, *A experiência transexual*, escrito em 1975, Stoller procura explicar a transexualidade e outros indicadores de sexualidade anormal (como a homossexualidade, bissexualidade, travestilidade e intersexualidade), a partir do relacionamento da criança com a mãe e o conflito de Édipo, que neste caso é fator essencial para afirmação da heterossexualidade. Segundo o psicanalista, a transexualidade da criança nestes casos, está relacionada à forma como a mãe desempenha os papéis de gênero feminino; em que, quanto mais a mãe estivesse afastada do comportamento feminino e se aproximasse mais dos padrões masculinos, maior seria a possibilidade do filho se tornar transexual. Portanto, a vontade da mãe de ser homem seria transferida para o filho, em que a inveja do pênis se transformaria em inveja da vagina. Segundo Stoller, a inveja da mãe é tanta que promove a exclusão da figura paterna, impedindo que o complexo de Édipo se instaure e o pênis torna-se para o filho uma “coisa que não me deixa viver”.

O psicanalista além de apontar sintomas de transexualidade também procurou ressaltar como o trabalho terapêutico iniciado quando criança, contribui para o surgimento da masculinidade e feminilidade nas crianças. Berenice Bento vai dizer que Stoller segue a mesma vertente freudiana, lendo a transexualidade a partir do complexo de castração. Segundo Freud, a diferença sexual marca tanto o menino quanto a menina. A menina quando se depara com o sexo do menino, automaticamente percebe a ausência do pênis em seu corpo e logo culpa a mãe por essa castração. Compreende a diferença e reconhece a importância de tal órgão. Dessa forma se aproxima do pai, justamente pelo desejo original de possuir o órgão masculino, negado pela mãe. Assim, a partir da análise psicanalítica, o desejo da feminilidade só se impõe se substituída pelo desejo de ser mãe – e é onde a maternidade se mantém inteiramente ligada ao destino heterossexual da mulher.

Berenice Bento afirma que Stoller foi um grande defensor do dimorfismo:

¹¹ Denominação dada a pessoa transexual quando caracterizada e identificada a partir das análises científicas do modelo Stolleriano.

¹² Denominação dada a pessoa transexual quando caracterizada e identificada a partir das análises científicas do modelo Benjaminiano.

Para ele, as performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade são níveis constitutivos da identidade do sujeito que se apresentam colocados uns aos outros. O masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade. Quando há qualquer nível de deslocamento, o terapeuta intervém no sentido de restabelecer a ordem e a coerência. É esse mapa que fornecerá as bases essenciais para a construção do seu diagnóstico (BENTO, 2006, p.141).

Percebemos neste caso que a tarefa do terapeuta seria de indução do complexo de Édipo para o surgimento da heterossexualidade tanto no homem, quanto na mulher. Para Stoller, trata-se de uma questão comportamental e de relação com o pai e a mãe em que, logo que fosse constatado algum sinal de anormalidade nas condutas sexuais das crianças, os pais deveriam buscar ajuda terapêutica para resgate da masculinidade ou feminilidade da criança. Em sua opinião, a existência de transexuais de verdade seria rara e a cirurgia considerada como último recurso.

Importante salientar que a autora Berenice Bento refuta a tese stolleriana do surgimento da transexualidade, uma vez que, a relação que as pessoas transexuais entrevistadas pela autora tiveram com suas mães e pais é muitas vezes de certa proximidade ou até mesmo de completa ausência. Na maioria dos relatos inclusive, é predominante a figura da mãe ausente o que invalida a ideia de que a transexualidade é explicada pelo comportamento da mãe com o filho. Pelo contrário, ficam as marcas de abandono e a falta de referência materna em suas histórias.

No campo da biologia, Harry Benjamin se dedicou à construção de outra explicação para o surgimento da transexualidade e seu tratamento. Para o endocrinologista, o sexo é composto de vários sexos, dentre eles o cromossomático ou genético, o psicológico e o jurídico. Sua explicação para a transexualidade se determina através de alterações cromossômicas, ou seja, alterações genéticas e que, em se tratando de hermafroditismo psíquico poderia ser autorizada a cirurgia de transgenitalização. Levando em consideração a existência de vários sexos, Harry Benjamin estabeleceu que o fenômeno transexual está mais ligado ao sexo psicológico - que é considerado por ele como o mais flexível - e é justamente este mais flexível que ocorre nos casos de transexualidade - mesmo que esteja em oposição aos demais sexos. A normalidade para este autor foi justificada quando os variados sexos se encontram em acordo. Entretanto, qualquer comportamento que apresentasse um nível de deslocamento com relação aos outros, indicaria um mau funcionamento e acarretaria graves problemas para a pessoa. Posteriormente o endocrinologista seria a favor das cirurgias de transgenitalização, o que poderia ser considerado como uma contradição, já que a experiência transexual invalidaria sua tese biologicista de alteração cromossômica ou desencontro entre

os vários sexos existentes. No entanto, ao defender a realização das cirurgias, Harry Benjamin estaria defendendo a reorganização do sistema sexo-gênero, pois segundo o mesmo, seria mais fácil ajustar o corpo aos comandos da mente do que o contrário, quando se tratasse do “verdadeiro transexual”. Ele acreditava que esse arranjo seria provisório, até o desenvolvimento da ciências biomédicas que poderiam atuar diretamente na causalidade do fenômeno (BENTO, 2006, p. 149).

Harry Benjamin criticava os métodos psicanalíticos de terapia como tratamento para a transexualidade. Ao contrário de esperar que o terapeuta induzisse a pessoa à uma espécie de reconstituição do gênero, ou que dispusesse da palavra final quanto ao diagnóstico da transexualidade -como acontece até hoje nos tratamentos das pessoas transexuais-; o endocrinologista acreditava no autodiagnóstico e que a única terapia para os “transexuais verdadeiros” seria a cirurgia. Concluindo, para os benjaminianos a transexualidade tratava-se de uma enfermidade autodiagnosticada. E é a partir desta tese de Benjamin, que foram constituídos os indicadores e atributos para a identidade transexual desencadeando na universalização do sujeito transexual, ou seja, a constituição do que convencionou-se chamar *transexual verdadeiro*.

A universalização cumpriu o papel de estabelecer como verdadeira uma única possibilidade de resolução para os conflitos entre corpo, subjetividade e sexualidade, ao mesmo tempo em que os diferenciou de outros “transtornos”, como a homossexualidade e a travestilidade. A transexualidade ganhou estatuto próprio e um diagnóstico diferenciado. (...)

O/a verdadeiro/a transexual, para Benjamin, é fundamentalmente assexuado e sonha em ter um corpo de homem/mulher que será obtido pela intervenção cirúrgica. Essa cirurgia lhe possibilitaria desfrutar do seu *status* do gênero com o qual se identifica, ao mesmo tempo em que lhe permitiria exercer a sexualidade apropriada, com o órgão apropriado. Nesse sentido, a heterossexualidade é definida como a norma a partir da qual se julga que é um homem e uma mulher de verdade. (BENTO, 2006, p. 151)

O princípio benjaminiano é de que as pessoas transexuais só se reconheceriam após a cirurgia, pois somente com a coerência sexo-genero-sexualidade estabelecida poderiam viver com/como homens e mulheres *normais*. Esse princípio é basilar para a sustentação da norma hetessexual.

O que Berenice Bento propõe apresentando estas teses é uma visão crítica de ambas posições psicanalítica e biologistas, em contraste com as narrativas de pessoas transexuais que foram ouvidas ao longo do seu trabalho de campo. Ressalta inclusive, que independente das divergências entre estas duas concepções, nos atuais programas de transgenitalização, as duas áreas trabalham em acordo dando a palavra final quanto a realização da cirurgia. O ponto

central dessas concepções está na dualidade dos gêneros feminino e masculino; nas verdades estabelecidas para a definição de homem e mulher.

Diante das narrativas trazidas pela autora, é possível apreender o quão complexa é a rede de significados e interpretações das sexualidades. Desloca-se o correlato simplista de genitália, sexualidade e gênero. Seus relatos sobre pessoas transexuais que mantiveram relacionamentos duradouros com outros parceiros contrariam a hipótese benjaminiana de que o *transexual verdadeiro* é por natureza assexuado. Da mesma forma, a existência daqueles que não desejam fazer a cirurgia alegando que de nada influenciaria a genitália em sua identificação de gênero; e ainda, aquelas pessoas transexuais que se identificam com o gênero oposto mas mantêm relações afetivas/sexuais com pessoas do mesmo gênero identificado, o que seria o caso de pessoas transexuais homossexuais - algo fora dos marcos do modelo hegemônico de transexualidade - e por essa razão interditado por muitos especialistas, além de em alguns programas de transgenitalização operar invalidando a autoidentificação e negando o acesso à saúde de uma parcela das pessoas.

Monique Witting, teórica lesbo-feminista, citada por Berenice Bento (2008), aponta a heterossexualidade não como uma prática social apenas, mas um regime de poder. Neste sentido, a mulher e o homem são posicionados no seu suposto estado “natural” como se em cada corpo existisse uma essência própria onde nenhum deles poderia “vir a ser” o outro. Haveria, portanto, uma idealização de natureza perfeita o construto a partir do qual se equaciona a relação toda mulher tem vagina que se completa com o pênis, então as lésbicas não são mulheres completas e as mulheres transexuais jamais serão “mulheres de verdade” no sentido da autenticidade discutida também por Flavia Teixeira (2013).

O corpo sexuado e a suposta ideia da complementaridade natural, que ganha inteligibilidade através da heterossexualidade, é uma contínua e incessante materialização intencionalmente organizada, condicionada e circunscrita pelas convenções históricas, e que se apresenta como a-histórica (BENTO, 2008, p.24).

Para a autora, não existe história anterior ao gênero. A distribuição dos corpos na estrutura social acontece segundo à heteronormatividade, e é resultado de disputa de visões. As normas de gênero são impostas desde o princípio, em que através da constatação do sexo do feto se aciona um conjunto de elementos discursivos que inserem esse sujeito na cultura tendo a heteronormatividade como referencia. Para um futuro bebê que foi identificado com o pênis: um lugar no masculino no qual caberão roupas azuis e brinquedos de meninos; e se for uma vagina: o sexo feminino no qual caberão roupas cor de rosa e bonecas. Resultado, o bebê nasce posicionado em relação ao gênero.

Quando afirmamos que não existe história anterior ao gênero, que a distribuição dos corpos na estrutura social é um efeito das normas de gênero, é importante apontar como se produzem e se naturalizam os gêneros, ou, segundo Tereza De Lauretis (1984, 1994), quais são as tecnologias que fazem os gêneros. Tão importante quanto a abordagem histórica desnaturalizante da diferença sexual, é perceber como nas interações cotidianas somos instados a continuar reproduzindo a naturalização dos gêneros e da sexualidade (BENTO, 2008, p.14).

O gênero atravessa a partir das tecnologias que produzem corpos-sexuados. A suposta descrição do sexo do feto é como um batismo que adentra o corpo à categoria de humanidade. Produzem-se através da descrição menino/menina, as masculinidades e feminilidades condicionadas ao órgão genital.

O sexo não é aquilo que alguém tem ou uma descrição estática. (...) O corpo é um texto socialmente construído, um arquivo vivo da história do processo de (re)produção sexual. Neste processo, certos códigos naturalizam-se, outros, são ofuscados e/ou sistematicamente eliminados, posto às margens do humanamente aceitável, como acontece com as pessoas transexuais (BENTO, 2008, p.30).

A transexualidade e outras experiências de trânsito de gênero mostram que não somos predestinados a cumprir os desígnios de nossas estruturas corpóreas. Questiona-se, aqui, o princípio binário que supunha organizar e distribuir os corpos na estrutura social, pois há corpos que não se conformam às normas de gênero e esse processo de fuga dos corpos-sexuados é marcado por dor, conflito e medo.

Trata-se de refletir sobre estes sujeitos que se percebem e são percebidos como aberrações. Quais os mecanismos sociais que contribuem para a abjeção? Como as instituições operam produzindo e reverberando a naturalização dos gêneros? Como o centro produz e se alimenta perversamente das margens?

As formas idealizadas dos gêneros geram hierarquia e exclusão. Os regimes de verdades condenam a uma morte em vida, onde os sujeitos que não se ajustam às idealizações de gênero se excluem ou se exilam em si mesmos. A própria ideia de complementaridade natural é prova inquestionável de que a humanidade é necessariamente heterossexual. Os gêneros inteligíveis obedecem a tal lógica:

vagina-mulher-feminino X pênis-homem-masculino = reprodução da espécie.

Assim, a heterossexualidade dá coerência à diferença de gêneros e à complementaridade dos sexos. Os gêneros inteligíveis estão condicionados à heterossexualidade e esta precisa da complementaridade dos gêneros para justificar-se como normal (BENTO, 2008, p.35).

Berenice Bento aborda a questão de gênero não pelo aspecto biológico, mas pelas práticas cotidianas e as experiências que os sujeitos transexuais vivem para serem reconhecidos como membros do gênero que se identificam. Entendendo as relações entre gêneros (em sua concepção binária) como disputas de poder, e afirma que analisando dessa forma, se torna possível desnaturalizar e dessencializar essas identidades de gênero. Para a autora, a transexualidade é melhor pensada como um conflito identitário e não como uma enfermidade ou anormalidade, como é apontado pelas instituições sociais e protocolos médicos. A luta pela despatologização da transexualidade começa a partir deste debate sobre o poder do saber médico e das estruturas sociais que através da biologização das condutas de gênero ressignificam o indivíduo com base nas relações hegemônicas, e constituem o que é normal e o que é patológico. São as próprias estruturas sociais e o saber médico-jurídico que posicionam essas pessoas no lugar de quem não está apto para dizer de si (TEIXEIRA, 2013).

Não se trata de uma identidade transexual universal. Trata-se de identidades transexuais vividas e identificadas de formas diferentes, em pessoas com experiências de vida, social, cultural, política e economicamente diferentes. E o que está em jogo nessa despatologização é o próprio conceito de humanidade, em que a pessoa transexual assim como todo *ser humano* tem o direito ao trabalho, à educação, à saúde e principalmente à identidade de gênero.

Flávia Teixeira (2009) aborda sobre o direito das pessoas transexuais sobre seus próprios corpos e a procedência do discurso médico-jurídico na declaração de legitimidade social dessas pessoas transexuais. Tendo como ponto de partida o princípio de que a existência humana se torna inviável sem inteligibilidade social e através da análise de processos e história de vidas de pessoas que participaram do trabalho; compreende sobre a busca do reconhecimento social dos transexuais e alerta para um processo orquestrado pelas instituições médico-juristas que coloca em risco a sobrevivência destas pessoas.

Muitas pessoas transexuais na busca por esse reconhecimento colocam em risco sua saúde quando vão em busca da produção de um corpo que possam torná-los *mais reais ou mais normais*. Se submetem a cirurgias e medicações, na maioria dos casos até mesmo por processos clandestinos, para se reconhecerem e serem reconhecidos.

Ao mesmo tempo em que eles questionam, reiteram e desorganizam a categoria naturalizada do humano, denunciam, implícita ou explicitamente, que as normas de gênero não estabelecem um consenso absoluto da vida social, desafiam as fronteiras entre a experiência individual e a necessidade de reconhecimento social (TEIXEIRA, 2009, p.20).

Em seu trabalho de análise documental dos processos dos/as inscritos/as do Programa de Transgenitalização coordenado pela Promotoria da Justiça de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde (Pró-Vida), do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios -criado em 1999, e que foi o único grupo oficial ligado ao Judiciário através do Ministério Público que viabilizara as cirurgias no Brasil até aquele momento-, identificou como sendo a *primeira verdade*, o critério inicial de admissão dos candidatos/as para o Programa era que possuísem o diagnóstico conferindo a eles/as a condição de ser um/uma transexual verdadeiro/a. Constatando, novamente, que a subjetividade da “experiência transexual” foi silenciada diante dos diagnósticos médicos.

Abrindo parenteses rapidamente, considero importante ressaltar a definição de transexualismo questionada pela autora em sua tese, que é um termo hegemônico no discurso médico e conforme citado anteriormente, integrante da Classificação Internacional de Doenças (CID) na sua versão mais recente, a CID-10.

Por determinação do Ministério da Saúde, essa classificação passou a vigorar, no Brasil, em 1º de janeiro de 1996, e, na medida em que estabelece uma classificação de síndromes psiquiátricas (chamadas de transtornos), fornece, em suas Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, critérios específicos para que um determinado diagnóstico possa ser estabelecido. Nesse documento, que deve ser seguido nas avaliações médicas oficiais, o transexualismo está catalogado no grupo F6, que se destina aos diversos tipos de transtornos de personalidade e de comportamento de adultos (TEIXEIRA, 2009, p.29).

O transexualismo dá lugar então, ao Transtorno de Identidade de Gênero. A partir da Resolução nº. 1428/97 de 1997 do Conselho Federal de Medicina de 1997 que autorizou a realização de cirurgias experimentais para o tratamento do transexualismo pode-se dizer que se deu o surgimento de programas visando as cirurgias de transgenitalização que, até então eram consideradas como crime.

Assim como Berenice Bento, Flávia Teixeira expressa em sua tese a necessidade de romper com o termo transexualismo. Ressalta a negação por parte do Estado para com as políticas públicas, uma vez que as pessoas que participam destes programas ficam à mercê das decisões médicas e jurídicas quanto ao seu reconhecimento social. Segundo ela, os documentos analisados mostram a disputa entre o saber-poder médico e jurídico que decidem as verdades sobre o outro, e muitas vezes praticam a violência de impedir que o outro decida e diga quem realmente é.

A classificação da experiência transexual como Transtorno de Identidade de Gênero se invalida, uma vez que em exames clínicos e neurológicos não diagnosticam nenhum tipo de alteração da normalidade ou algum transtorno. Só é possível caracterizar uma pessoa como

transexual por meio das verdades estabelecidas socialmente para os gêneros, que são aquelas que constituem o jogo de hierarquia e poder; que constitui a própria heteronormatividade.

Sendo despossuídos de poder e posicionados à margem, as dificuldades enfrentadas pelos/pelas transexuais nas esferas de micro-poderes são muitas; como, por exemplo, precisar recorrer às demandas judiciais para mudança de nome e sexo nos documentos e principalmente, pelo fato de necessitar do poder científico de médicos/psi para determinação de um diagnóstico (contraditório, por sinal) de normalidade ou anormalidade.

Neste debate quanto ao reconhecimento do gênero identificado, Berenice Bento questiona tratar-se mesmo de reconhecimento ou autorização, uma vez que um dos palcos pra essa discussão é o legislativo. Autora relata que existem leis que protegem os direitos dos/das transexuais em países diversos, mas que essas leis correspondem ao entendimento que o legislador possui sobre transexualidade, o que remete novamente a uma submissão ao poder.

No Brasil, as cirurgias de mudança de sexo tiveram início em 1997, mas somente em 2008, o Ministério da Saúde publicou outra portaria que instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), as cirurgias que compeliem ao processo transexualizador de *transmulheres* e *transhomens*. Entretanto, mesmo após cirurgia, os/as transexuais continuam sem documentação apropriada ao gênero identificado no nosso país.

Novamente, Flávia Teixeira (2009) apresenta as atuais publicações das Portarias do Ministério da Saúde do Processo Transexualizador e das Diretrizes Nacionais do Processo Transexualizador no SUS, em que busca ressaltar a importância da participação de pesquisadores no debate e na produção dos textos das Portarias, que possibilitam provocações e embates com relação aos conceitos hegemônicos que se mantiveram até então ao se pensar a transexualidade. Questionamentos com relação à necessidade de intervenção de profissionais da área da saúde mental, por exemplo, é um dos embates trazidos por estes pesquisadores.

Enfatizar que a transexualidade não está condicionada ao desejo/demanda pela cirurgia seria uma estratégia de ruptura com um dos pilares do diagnóstico médico. Ao mesmo tempo em que dizer de uma ação no campo *psi*, que não se restringe ao caráter autorizativo para a realização da cirurgia, é remeter a discussão para o campo do reconhecimento da autonomia do sujeito, rompendo uma relação, até então, harmônica entre a psicologia e a psiquiatria (TEIXEIRA, 2009, p.2).

Com relação aos direitos em saúde, a autora ressalta que pesquisadores evidenciam a ausência de políticas públicas de saúde para as pessoas transexuais, e que por esse motivo essas pessoas recorrem ao poder judiciário. Não somente nos campos de luta social, mas também nos grupos profissionais, enfrentam dificuldades na disputa com o saber médico que norteiam as Portarias.

É possível afirmar diante disso, que no nosso país não vigora o processo de reconhecimento e sim o de autorização, pois somente após um parecer do campo biomédico (médico e psicológico) e tendo realizado o processo de transgenitalização, o poder legislativo conferirá ao sujeito sua identidade demandada; e mesmo assim, dependente do entendimento próprio do legislador, sobre a transexualidade.

E o que dizer sobre os vários casos de pessoas transexuais que não pretendem se submeter à cirurgia? Por isso deixam de ser menos homens e/ou mulheres? E por isso não merecem ser reconhecidos da forma como se sentem e possuir documentação (um direito social e político) com a identificação de gênero autoatribuída e reivindicada?

Nos referimos a um conjunto de pessoas contemporâneas a nós que não possuem lugar social, categorias sociais disponibilizadas e/ou referências identitárias. E pessoas que são subjulgadas ao poder de outras - estranhas à eles/elas -, para que comprovem seu discurso e suas verdades. Indivíduos que todos os dias são submetidas às situações de privação de direitos. É como se as pessoas transexuais não existissem. Onde estão as travestis e/os/as transexuais na legislação? Quais são seus direitos? Qual a política de inclusão no mercado de trabalho? Por que os crimes contra as pessoas transexuais, travestis e transgêneros pouco ou quase nada repercutem ao cenário legislativo? (BENTO, 2006, p.120).

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS

A ASSEMBLÉIA GERAL proclama a presente DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Artigo 1.

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 2.

1. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.¹³

Nesse capítulo é nosso objetivo apresentar e analisar as Resoluções e Portarias que regulamentam o acesso das pessoas transexuais aos serviços de saúde, tendo como referência a atenção integral em saúde, conforme estabelecido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Destacamos as Resoluções mais recentes do Conselho Federal de Medicina, as publicações das Portarias do Ministério da Saúde que fomentam o Processo Transexualizador no Brasil, e também a Política de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde.

Iniciaremos pela Resolução nº. 1428/97 que instituiu a realização de cirurgias experimentais para o tratamento do chamado *transexualismo*¹⁴ e a Resolução nº1652/2002 do CFM de 2002 que revogou a anterior retirando o caráter experimental da cirurgia de transgenitalização¹⁵ do tipo neocolpovulvoplastia¹⁶ como tratamento para os considerados casos de *transexualismo* e, preservando como experimental a cirurgia do tipo neofaloplastia¹⁷.

É preciso reconhecer que a Resolução CFM nº. 1428/97 foi o primeiro reconhecimento de uma necessidade de organização de um serviço em saúde para as pessoas transexuais. Na lacuna (re)produzida pelo Estado, o Conselho Federal de Medicina, por vezes, assume o papel

¹³ Declaração adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Acesso em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>.

¹⁴ Termo utilizado pelo saber médico/psi -e inserida nas Resoluções e Portarias as quais referimos no presente capítulo-, que caracteriza a transexualidade como doença.

¹⁵ Cirurgia de transformação da genitália feminina e/ou masculina.

¹⁶ Procedimento cirúrgico de mudança do sexo masculino para o feminino; constituição de uma neovagina.

¹⁷ Procedimento cirúrgico de mudança do sexo feminino para o masculino; constituição de um pênis. Procedimento ainda considerado como experimental, devido a sua complexidade.

do Estado produzindo Resoluções que operam com força de Lei para os serviços de saúde, e, no caso da transexualidade, o cenário não foi diferente.

A Resolução CFM nº1652/2002 revogou a Resolução nº. 1428/97, e manteve no texto a afirmativa de reconhecimento da pessoa transexual como portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio.¹⁸ Confere ao processo cirúrgico sua importância para o tratamento de “pacientes com transexualismo”, considerando desta forma, a transexualidade como um fenômeno patológico, necessário de tratamento especializado e reafirma a cirurgia como principal tratamento a ser oferecido. Mantém, os argumentos para a classificação dos procedimentos oferecidos aos dos homens transexuais serem experimentais tendo como argumento principal o fato de que as cirurgias de neofaloplastia possuem limitado resultado técnico.

A definição de transexualismo também se mantém conforme o Art.3º descrito abaixo, e também o Art.4º que estabelece os critérios de elegibilidade para a realização da cirurgia.

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

1. Desconforto com o sexo anatômico natural;
2. Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
3. Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
4. Ausência de outros transtornos mentais.

Art.4º Que a seleção dos pacientes da cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios abaixo definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

1. Diagnóstico médico de transgenitalismo;
2. Maior de 21 (vinte e um) anos;
3. Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.¹⁹

Mantêm-se, nestes critérios, o reconhecimento das pessoas transexuais como portadoras de transtornos mentais, em que, para ser consideradas “verdadeiramente transexuais” precisam convencer a uma equipe de especialistas que não possui *outros transtornos* e que este desconforto com o sexo anatômico além de persistente teve sua origem na infância. Esse convencimento deve ser atualizado inclusive durante o período de tratamento para obtenção da autorização da cirurgia. Dessa forma, são estabelecidos protocolos e testes que reafirmam a submissão do paciente a exames médicos e terapêuticos para confirmação de um diagnóstico que confira seu direito à transformação dos seus órgãos genitais e consequentemente, seu reconhecimento na forma como deseja se ver e viver.

¹⁸ RESOLUÇÃO CFM nº 1.652/2002; Publicada no D.O.U. de 2 dez 2002, n. 232, Seção 1, p.80/81.

¹⁹ Ibidem.

Flávia Teixeira (2009) problematizou as Portarias de 2008 do Ministério da Saúde - que instituíram o que se convencionou chamar de “Processo Transexualizador no SUS”.

Apresenta, primeiramente, a Portaria nº1707 GM/MS que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando as considerações do texto e apontando suas falhas, como a recuperação das Resoluções do CFM quanto ao conceito de transexualismo e a nomeação da cirurgia como transgenitalismo; que segundo a autora, denota o poder do saber médico e a força de lei do CFM na elaboração das Portarias:

Essa Resolução é a única normativa para a atenção à saúde de transexuais no país. Todas as ações endereçadas às pessoas (transexuais) têm sido desenvolvidas tendo como referência o texto da Resolução, mesmo para os profissionais não vinculados ao Conselho Federal de Medicina. (TEIXEIRA, 2009, p.3)

Segundo a autora, a Portaria nº457/SAS que aprova a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, a Resolução do CFM também foi incorporada como critério de verdade:

No Anexo III da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, nas diretrizes da assistência ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador, fica explicitada a necessidade do reconhecimento do diagnóstico de transexualismo como transtorno psíquico para acesso ao serviço. (TEIXEIRA, 2009, p.4)

Em ambas, a exigência de um diagnóstico de transexualismo reafirma a ideia que a autora chama de “passar pela prova, pelo teste”. As pessoas transexuais são submetidas a tratamento durante 2 anos para obtenção de um diagnóstico que dirá a verdade sobre o “verdadeiro eu” de cada uma delas. E quando a determinação por parte dos saberes médicos é contrária aos sentimentos dessas pessoas e às suas próprias experiências, surge então para eles/elas uma condição de falsidade do próprio ser. As verdades apresentadas pelas pessoas transexuais – quando ouvidas -, são, desta forma, colocadas a prova.

Assim, os critérios utilizados para a enunciação do diagnóstico reafirmam as mesmas normas já estabelecidas, deixando pouco, ou nenhum, espaço para que as pessoas (transexuais) possam dizer do desconforto que essas normas causam ou da sua insuficiência para significar a sua vida. (TEIXEIRA, 2009, p.4)

Na busca pela despatologização²⁰ da transexualidade, pesquisadores que participaram da elaboração dos textos das Portarias - citadas pela autora em seu artigo -, compartilham da preocupação de não vincular o processo cirúrgico como solução eficaz para a transexualidade, pois assim estariam contribuindo para a adoção do diagnóstico. Entretanto, apesar das argumentações, e mesmo a menção feita nas Portarias de que o Processo Transexualizador não está vinculado diretamente ao processo cirúrgico de transgenitalização, a partir do

²⁰ Tema que será aprofundado no próximo capítulo.

diagnóstico e a não indicação da cirurgia, o paciente transexual automaticamente se desliga do Processo. Segundo as Portarias, não sendo confirmado a indicação para cirurgia de readequação genital o paciente deve continuar o tratamento clínico num lugar próximo a seu município; reafirmando que, de fato, o processo cirúrgico é o objetivo único a ser alcançado no Processo Transexualizador.

Além disso, em outros momentos do texto indica-se o processo cirúrgico como resultante de diversos procedimentos inicialmente seguidos. Conforme a Portaria, o tratamento hormonal por exemplo, é disponibilizado desde os estágios pré-operatório e, a cirurgia de transgenitalização aparece como procedimento realizado no primeiro tempo cirúrgico. Outro fator que foi ressaltado pela autora afirmando o Processo Transexualizador se organizar a partir da cirurgia, foi a exigência de o coordenador da equipe do programa ter o título de especialista em urologia:

Ao definir a especialidade médica daquele que deve ser responsável, é enfatizado o lugar de poder daquele que supostamente deteria o conhecimento técnico para realizar a cirurgia de transgenitalização. Novamente é o domínio técnico que determinaria a lógica que deve organizar a equipe. (TEIXEIRA, 2009, p.5)

Novamente, é uma equipe de profissionais especializados que detém o poder de autorização ou negação para realização da cirurgia, que possibilitará a algumas pessoas transexuais ser reconhecidas socialmente e legalmente; isso, se estas pessoas conseguirem, através da performance do gênero esperado, o diagnóstico que confere direito ao procedimento cirúrgico.

As consequências destes critérios está na angústia de não ser diagnosticado como *transexual*, que leva muitas pessoas a recorrerem a intervenções cirúrgicas clandestinas, se submetendo a sérios riscos de saúde. Maior ainda deve ser a ansiedade pelo reconhecimento legal de suas identidades, sem precisar passar por procedimentos cirúrgicos de modificação da genitália. É o caso dos homens transexuais, que muitas vezes não se submetem à cirurgia de neofaloplastia - até porque restrita a poucos programas -, ficando sem seu poder de reconhecimento e à margem, inclusive de políticas que orientam o processo transexualizador.

Outra análise de Flávia Teixeira (2009), diz respeito a essa exclusão do homem transexual do Procedimento Transexualizador. Apresentando um trecho da autora Mirian Ventura, destaca como -na exigência de diagnóstico conforme os critérios estabelecidos pelo CID 10 e as Resoluções do CFM-, o homem trans não se inclui nos procedimentos:

A norma estabelecida para o acesso à terapia para a “mudança de sexo” converteu o sentido contemporâneo de direito à saúde – como o direito de alcançar um completo bem estar pessoal, físico e social, para o desenvolvimento de sua personalidade, um “direito de ter direitos” garantidos pelo Estado – para um dever de saúde, isto é, o dever de respeitar o direito do Estado de estabelecer as condutas sexuais

consideradas saudáveis e adequadas. Os efeitos negativos da biopolítica, no âmbito individual e coletivo, visíveis são: no plano individual a norma constrange o paciente a realizar, ao menos, a cirurgia de transgenitalização, mesmo quando não desejada, para obter sua nova identidade civil, por vezes, negada pelo Poder Judiciário – iatrogenia por ato judicial; e, no âmbito coletivo, não permite que todos aqueles que utilizam a prática de transformações corporais para expressar sua sexualidade, mas que não são considerados pela norma como “transexuais verdadeiros”, recebam assistência médica adequada, com esta finalidade, no sistema oficial de saúde, favorecendo um mercado clandestino, potencialmente inseguro e inescrupuloso, com sérias complicações para a saúde daqueles que não desejam se conformar à norma vigente. (TEIXEIRA, 2009, p.7)

Apenas pelo fato de considerar a cirurgia de neofaloplastia como experimental, as Portarias e Resoluções excluem os homens transexuais do Procedimento Transexualizador e desta forma, impossibilita o reconhecimento social e legal destas pessoas. Sugere ainda, a não inclusão dos homens trans no tratamento hormonal proposto -onde se expressa claramente a administração de hormônios femininos voltados apenas para mulheres transexuais-, e nem mesmo às intervenções psiquiátricas ou psicológicas, negando o acesso legitimado aos serviços de saúde.

A autora reitera a contradição do argumento apresentado na Portaria de que a cirurgia de transgenitalização não corresponde à principal meta do Processo Transexualizador, e de que a restrição aos homens transexuais se deu devido às próprias cirurgias, muitas vezes não bem-sucedidas. Argumenta trazendo elementos que possibilitam pensar numa outra justificativa para a exclusão dos homens transexuais deste contexto, como sendo o limite marcado pela disponibilidade da técnica para intervenção dos corpos:

Numa perspectiva que contemplaria as mulheres (transexuais), uma vez que o alardeado sucesso da técnica da neocolpovulvoplastia asseguraria uma neovagina semelhante ao modelo biológico. Mas, para os homens (transexuais), a incipiência da cirurgia negaria seu acesso porque resultaria num corpo ambíguo: um falo débil seria capaz de performar a natureza. Os corpos dos homens (transexuais), produzidos cirurgicamente, colocariam em xeque o discurso da própria medicina frente à possibilidade de fabricar um corpo ambíguo, quando historicamente ela sempre se preocupou em utilizar seu saber/poder na construção de corpos coerentes. Seria o reconhecimento de que estes binarismos não são necessários e nem mesmo inquestionáveis. (TEIXEIRA, 2009, p.7)

Concluimos que a exclusão dos homens transexuais nos documentos do Ministério da Saúde se ancora na menos numa questão de insuficiência técnica da cirurgia de construção do pênis e mais nas normas de gênero. Sendo essa a razão pela qual o CFM reconhece os homens transexuais apenas como possibilidade de experimento.

Apenas na Resolução CFM 1955/10 que revoga a de 2002, houve modificações que tornou a situação dos homens transexuais menos excluída do Processo Transexualizador. O artigo 2º da Resolução de 2002 que autorizava apenas a título experimental a realização da cirurgia de neofaloplastia, assim como outros procedimentos complementares sobre gônadas e

caracteres sexuais secundários foi o principal modificado, onde na atual Resolução de 2010 apenas dispõe:

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia.²¹

Retira o caráter experimental de grande parte dos procedimentos cirúrgicos para os homens transexuais tais como: a retirada da mama, ovários e útero; que poderão assim ser realizados em hospitais públicos e privados desde que cumpram os requisitos previstos na Resolução. No mesmo sentido, quanto ao artigo 5º da Resolução de 2002 que autorizava as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para o masculino apenas em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa, na proposta da Resolução de 2010:

Art 5º O tratamento do transgenitalismo deve ser realizado apenas em estabelecimentos que contemplem integralmente os pré-requisitos estabelecidos nesta resolução, bem como a equipe multidisciplinar estabelecida no artigo 4º.²²

O Parecer-Consulta que subsidia a Exposição de Motivos da Resolução CFM nº1955/10 historiciza o processo transexualizador e justifica a manutenção do caráter experimental das cirurgias de neofaloplastia, fundamentado em consideração sobre a ética médica, principalmente, no que se refere aos resultados ainda não satisfatórios para este tipo de cirurgia. No entanto, nenhuma menção ao procedimento denominado metoidioplastia, amplamente utilizado com sucesso em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Entendemos que a neofaloplastia, de resultados estéticos e funcionais ainda questionáveis, seja mantida como experimental. Entretanto, as intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, usuais na prática cirúrgica, são autorizadas desde que o paciente cumpra as exigências de definição e seleção exigidas. Se em respeito à autonomia e à autodeterminação reconhecemos o direito de o paciente negar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento e reconhecemos também o direito de as pessoas serem submetidas a todas as formas cabíveis de mudança corporal (próteses, lipoescultura, remodelações, etc.), por que razão não se dá esse direito ao transexual? Seria porque não concordamos com a existência do transexualismo? Ou seria porque, inconscientemente, discriminamos esse tipo de atitude humana?²³

Questionamos a necessidade de reiterar o aspecto ético da cirurgia de redesignação sexual, uma vez que essa discussão está superada desde 1997, no Brasil.

Com esses conceitos estabelecidos, foi então aprovada a Resolução CFM no 1.482/97, que autorizava, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Além disso, estabelecia critérios para definir o transexualismo e para a seleção dos pacientes a serem operados, critérios esses ainda

²¹ Resolução CFM nº 1.955/10.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

válidos. Finalmente, a resolução exigia que a intervenção fosse feita em hospitais universitários ou públicos e a necessidade de consentimento livre e esclarecido.²⁴

Salientando que, mais uma vez, cabe a área dos especialistas médicos estabelecerem qual tipo de tratamento deve ser indicado para tais pessoas, e se este ou aquele procedimento é ou não adequado para caso de determinado paciente:

Um dos nossos deveres como médicos é estabelecer qual o tipo de tratamento é experimental ou usual, qual procedimento tem bases científicas ou não. Em relação ao paciente, entretanto, cabe-nos defender a sua capacidade decisória e o seu acesso a todas as informações necessárias. A partir daí, não vejo razão para limitarmos tratamento a determinadas pessoas. Da mesma forma, não há razão para, quando consideramos um procedimento válido, limitarmos o local onde será feito: se em hospital público ou privado, desde que os pré-requisitos para a sua execução sejam respeitados.

Pelo exposto, sugerimos que a atual resolução que regulamenta esse tema seja reavaliada, mantendo apenas a neofaloplastia como procedimento experimental, pelas razões acima expostas. Quanto aos demais procedimentos, estão liberados desde que os critérios de seleção dos pacientes e a complexidade do estabelecimento de saúde, já estabelecidos em resoluções anteriores, sejam mantidos.²⁵

A partir disso, estabelece a revogação da Resolução CFM nº 1.652/2002, alterando o protocolo que autoriza apenas em hospitais públicos e universitários a realização de outros procedimentos complementares às pessoas transexuais homens -que pretendem modificar seus corpos em correspondência ao corpo masculino-, assinalando que estes deverão ser aceitos em hospitais públicos e privados, conforme os critérios da Resolução de 2010.

Ainda diante de políticas que visam o cuidado à saúde das pessoas transexuais e que regulamentam a realização do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde elaborou e pactuou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), garantindo o respeito e o direito à saúde destas pessoas.

Publicado em 2010 e aprovado no ano de 2011, sugere o envolvimento de todas as áreas do Ministério da Saúde -inclusive baseado na união com movimento social-, para construção de uma Política que resguarde as especificidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, principalmente no que diz respeito ao processo saúde-doença, referindo-se não somente ao enfrentamento da epidemia do HIV/aids, mas também na busca pelo respeito à diversidade e aos direitos humanos.

Nas Diretrizes Gerais da Política consta:

- Difusão de informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

²⁴Resolução CFM nº 1.955/10.

²⁵Ibidem.

- Promoção da cidadania e inclusão de LGBT por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social como: educação, trabalho, segurança e outros;
- Implementação de ações no SUS com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação identitária, corporal e psíquica nas pessoas transexuais e travestis;
- Inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS incluindo os trabalhadores da saúde, conselheiros e lideranças sociais;
- Fortalecimento da representação do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos conselhos de saúde, conferências e demais instâncias de participação social;
- Produção de conhecimentos científicos e tecnológicos para melhorar a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;²⁶

Tem como objetivos: promover a saúde integral LGBT eliminando a discriminação e o preconceito institucional; tornar o SUS um sistema de atendimento universal; trabalhar com a qualificação dos serviços, tendo em vista a redução das desigualdades, mantendo o cuidado integral da população LGBT; e, finalmente, adequar a rede às especificidades e necessidades destas pessoas.

Dentre outros, no que se refere às pessoas transexuais, busca o aperfeiçoamento e qualificação das tecnologias usadas no processo transexualizador; garantir o acesso pelo processo na rede do SUS dentro dos moldes regulamentados; oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos e o uso excessivo de medicamentos, drogas, fármacos e substâncias industriais; garantir o uso do nome social no âmbito do SUS e no preenchimento de formulários relacionado ao mesmo.

Para a eliminação do preconceito, abarcando toda a população LGBT, propõe ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde dentro das instituições do SUS e na sociedade em geral -incluindo o conteúdo da Política nos processos de educação dos gestores e trabalhadores da saúde-; incentivar a participação LGBT nos conselhos e conferências de saúde, assim como estimular as campanhas e outras atividades contra o preconceito e a discriminação de LGBT nos serviços de saúde em geral.

No que diz respeito às Responsabilidades e Atribuições relacionadas à Política, em linhas gerais define que o Ministério da Saúde e Órgãos vinculados, precisam apoiar as ações desta Política e fica direcionado às Secretarias Estaduais de Saúde a definição de estratégias e planos para implementação da Política no âmbito da Unidade Federada.

²⁶ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília – DF, 2010.

Márcia Arán e colaboradoras discutiram os procedimentos adotados desde a Resolução de 1997 quanto a transexualidade e no que diz respeito ao Processo Transexualizador da Resolução de 2002, levando em consideração os critérios formulados pelo Conselho Federal de Medicina, a fim de traçar propostas que sirva de base para que o Ministério da Saúde possa avaliar formas de atendimento integral dessa clientela no âmbito do SUS.

As autoras apontam a relevância do reconhecimento das pessoas transexuais na área da saúde, principalmente no que confere o direito ao atendimento em hospitais públicos e privados, e trazem a tona a realidade no âmbito do SUS e dos Programas já consolidados em hospitais públicos e universitários. Realidade essa que, ainda exige o diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso ao tratamento, por exemplo.

Tendo em vista que, as definições do CFM quanto à transexualidade continuam orientadas pela ética da gestão de políticas públicas, considerando o diagnóstico médico e psiquiátrico uma necessidade para inserção no Processo Transexualizador; considerando importante haver um consenso entre todos que objetivam a imediata incorporação dos procedimentos terapêuticos na tabela do SUS, mantendo o interesse público e a conduta ética.

Analisando o trabalho já realizado pelas equipes da rede pública de saúde, visando propostas para a atenção integral às pessoas transexuais nas redes do SUS e observando o acompanhamento terapêutico, salientaram a importância da elaboração de um protocolo de assistência que garanta um procedimento terapêutico integrado:

(1) redução de danos orgânicos por uso continuado de hormônios para alteração dos caracteres sexuais secundários, através da hormonioterapia, (2) psicoterapia, que não necessariamente restringe a meta terapêutica à tomada de decisão sobre a cirurgia, mas abrange vários aspectos da subjetividade dos usuários, o que muitas vezes significa o desenvolvimento de estratégias de melhoria das relações sociais que se estabelecem no cotidiano da família, do trabalho e dos demais espaços de convivência, (3) assistência social, através do apoio na superação de processos discriminatórios e excludentes no âmbito da família, trabalho, educação e lazer (4) cirurgia de transgenitalização e cirurgias complementares. Deste modo, o Ministério da Saúde não pode mais adiar a elaboração de um protocolo de assistência que regule, fiscalize e financie um procedimento terapêutico que já está sendo parcialmente realizado. (ARAN et al., 2008, p.4)

Apresentam ainda a questão da grande demanda judicial de transexuais que buscam pela alteração do nome e do sexo nos documentos de identidade, algo que está autorizado na maioria das vezes para as pessoas que se submeteram à cirurgia de transgenitalização e/ou outros procedimentos cirúrgicos complementares, e ao tratamento hormonal.

O fundamento dos pedidos é único: a necessidade de alteração da identidade para superar constrangimentos sociais e pessoais, e violações de direitos sofridos, além de propiciar o acesso a direitos individuais e sociais, antes obstruído em razão da discriminação. Nesse sentido, o entendimento judicial prevalente é favorável às alterações do estado civil, como possibilidade jurídica excepcional, justificada pela necessidade de saúde, e fundamentada no direito à saúde e ao livre desenvolvimento

da personalidade, como um aspecto do direito à vida digna. Apesar do caráter benéfico do entendimento, as decisões judiciais vêm estabelecendo como critério para o acesso à nova identidade, não só a comprovação do diagnóstico médico, mas também, da realização da cirurgia de transgenitalização. (ARAN et al., 2008, p.5)

Acreditamos que, os argumentos desessencializantes apresentados pelas autoras, foram na verdade reapresentados, uma vez que quase todas participaram do processo de elaboração das Portarias no Ministério da Saúde e, na ocasião, destacavam a importância de se pensar a transexualidade no âmbito do SUS de forma integrada, levando em consideração as várias áreas de intervenção, no que diz respeito aos profissionais da saúde que trabalham nos programas voltados para as pessoas transexuais, juntamente com pesquisadores e representantes sociais deste público.

Ademais, propuseram pensar a saúde como um direito do cidadão, e das pessoas transexuais como cidadãos autônomos na escolha do tratamento que para eles/elas torna-se mais adequado.

O direito à saúde, nos casos de transexuais, passa pelo direito à autonomia na tomada de decisão sobre os procedimentos necessários para uma melhor qualidade de vida, pelo direito ao livre desenvolvimento da personalidade, à não discriminação, bem como à liberdade e à singularidade. (ARAN et al., 2008, p.5-6)

Ressaltam a importância do processo terapêutico, não visando o propósito cirúrgico mas sim, como forma de atendimento integrado, tendo em vista outros fatores (como preconceito, discriminação social e o próprio constrangimento quanto aos documentos pessoais com identificação de nome e sexo, oposto ao sexo identificado) que contribuem de forma negativa para a saúde mental dessas pessoas. Respaldam o direito das pessoas transexuais à documentação de identidade civil de forma incondicional; não considerando obrigatório ou necessário a submissão aos procedimentos cirúrgicos e/ou complementares.

Infelizmente, são as Resoluções do CFM que referendam as Portarias do Ministério da Saúde e ainda reiteram o processo cirúrgico como tratamento necessário para as pessoas transexuais.

No texto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde, verificamos alguma modificação quanto ao tratamento das pessoas transexuais, e no que se refere ao enfrentamento da discriminação. Pode-se dizer que parte das críticas e sugestões das pesquisadoras foram incorporadas na elaboração da Política, principalmente no que se refere ao âmbito do SUS. No entanto, nenhuma mudança em relação às normas que regem o processo transexualizador foi observada até o fechamento desta pesquisa.

A ideia de inclusão - através da educação e trabalho, da população LGBT nos diversos setores sociais -; o cuidado em vista à saúde corporal e psíquica das pessoas trans diante do

sofrimento do não reconhecimento e devido ao uso excessivo de hormônios e medicamentos; o investimento nas tecnologias para realização dos processos cirúrgicos e a possibilidade de identificação social nos protocolos de atendimento do SUS; demonstram a influência de trabalhos como o das autoras aqui citadas, que buscam viabilizar o direito e o reconhecimento das pessoas transexuais, na elaboração de políticas voltadas para o atendimento a este público.

Izis Reis (2008) analisou as demandas das organizações das políticas de saúde no Brasil, especialmente aquelas fomentadas pelas pessoas transexuais, apresentando relatos de profissionais envolvidos no campo da política de saúde e de transexuais que participavam do movimento organizado. Teve como objetivo traçar as conexões entre a formalidade da política de saúde brasileira e os conteúdos emergentes da interpretação da mesma no que se refere às transexualidades, conteúdos estes construídos no contexto de disputas entre perspectivas concorrentes para definição de quais rumos a ação estatal em saúde deve seguir (REIS, 2008).

No segundo capítulo “Sobre o SUS (ou como transexuais passam a ser importantes para a política de saúde brasileira)”, ressaltou como se iniciou o processo de consolidação de organizações para pensar ações e políticas voltadas para as pessoas trans. Cita, dentre elas o Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (CT-GLTB) criado pelo Ministério da Saúde, em 2004:

Este CT foi criado para ser responsável pela elaboração de diretrizes para a Política Nacional para População GLBTT, revertendo especificidades de suas demandas em pautas a serem levadas em consideração por diversas áreas do Ministério. O CT é estratégia do Ministério da Saúde para incluir segmentos populacionais na construção de ações em saúde (houve também a criação de outros CTs, como para a saúde da População Negra e da Terra – populações rurais e sem terra, CT para a saúde da população cigana, CT para moradores de rua). O CT GLTB é formado por representantes dos segmentos GLBTT, técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, profissionais de saúde e pesquisa de instituições brasileiras, como a Fiocruz e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (LOPES, 2008. p. 40-41)

Ressalta um dos debates do CT GLBT sobre o processo transexualizador no SUS, realizado em 2006, como explicitado anteriormente, que refere-se à ampliação de debates entendendo a transexualidade para além do processo cirúrgico, visando compreender as dificuldades enfrentadas pelos transexuais no que diz respeito à saúde corporal e mental. No primeiro, que reuniu profissionais e pesquisadores em saúde, discutiram sobre saúde e transexuais viabilizando a elaboração de diretrizes para uma política de atenção a esta população, pautados no conceito de integralidade do atendimento a saúde.

A partir das diversas perspectivas de profissionais presentes nos diferentes espaços de debate e construção de ações para transexuais, Izis Reis evidenciou discursos de gestores, palestrantes, pesquisadores, e documentos de representantes do judiciário que haviam julgado a legalidade (ou não) das cirurgias de transgenitalização na tabela de remunerações do SUS.

Analisa estes dois documentos, apresentando como é visto as atenções direcionadas às pessoas transexuais no processo transexualizador.

É colocado em pauta primeiramente, a questão de financiamento do atendimento às pessoas trans, onde é alegado existir uma realidade de escassez de recursos públicos e que, dentro da legislação é preciso garantir o princípio de universalidade de direito não podendo assim arrombar os cofres públicos para atender apenas uma demanda (no caso as pessoas transexuais).

Diante disso, apresenta o julgamento de um dos representantes do judiciário, que responde a questão da falta de recursos, como sendo violação aos direitos das pessoas transexuais -que muitas vezes ficam sem atendimento, causando danos irreparáveis para a saúde dos mesmos-, caso não seja providenciado o serviço a este público.

Ou seja, para o juiz, alocar recursos para a realização dos procedimentos sobre genitália e caracteres sexuais secundários significa falar de direitos fundamentais de transexuais, que englobam a liberdade, ou melhor, direito ao livre desenvolvimento de personalidade e igualdade, compreendida como proibição de discriminação por motivo de sexo, privacidade, direito à saúde e respeito à dignidade humana (LOPES, 2008. p. 68-69).

Além da argumentação feita pelo Juiz do Supremo Tribunal Federal, a autora ainda aponta outra consideração, quanto à disposição da cirurgia de transgenitalização para os transexuais:

(...) de acordo com ele, os procedimentos cirúrgicos utilizados nas cirurgias de transgenitalização são comuns aos tratamentos de outros problemas de saúde e o SUS os remunera, deixando de fora, somente, a comunidade de transexuais do pagamento dos mesmos pela tabela do sistema de saúde. Melhor, dizendo, a redesignação sexual não é um procedimento exclusivo para o cuidado de transexuais, ao contrário, as técnicas são utilizadas em uma diversidade de atendimentos, como reparo de genitálias depois de acidentes, reconstrução genital em casos de necessidade de amputação por motivo de doenças (como câncer), definição de genitálias em casos de ambiguidade anatômica das mesmas (LOPES, 2008. p. 72).

Conclui-se que somente aos transexuais não é disponibilizado financiamento pela tabela de procedimentos do SUS. Sendo considerado como discriminação por motivo de sexo e gênero, causando exclusão das pessoas transexuais ao acesso a serviços de saúde pública; serviços que, por sua vez, integram o Sistema Único de Saúde, portanto, universal e igualitário.

Em contraposição ao parecer judicial, a autora apresenta a decisão da Ministra do Supremo Tribunal Federal, que suspende a decisão do juiz, ressaltando que não é papel do poder judiciário decidir quanto a alocação de recursos do SUS. Parece não ser de interesse da ministra a autorização da utilização de considerável quantia para o custeamento destes

procedimentos cirúrgicos, visando possível desfalque no que diz respeito ao investimento em outros programas mantidos pelo governo.

Outra posição analisada pela autora em sua dissertação, foi de gestores e técnicos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que também acreditam que a alocação de recursos se mantém vinculada ao julgamento moral quanto ao tipo de atendimento que deve ser prestado a população, não se referindo apenas ao papel do Estado sobre as decisões quanto a saúde pública, mas também quanto a interpretação do que são pessoas transexuais.

Segundo assistentes técnicos e gestores, a CT GLTB é um dos comitês com discussões mais atrasadas e com menos conquistas no âmbito da saúde. Ambos justificam para a autora, o fato de que se organizam em cima de demandas específicas, quando para obter conquistas, deveriam se organizar tendo como pano de fundo algo que fosse comum a todos.

Demonstrando uma visão particular, estes profissionais avaliam que falta uma pauta comum aos seguimentos GLBTT, o que demonstra que os dois possuem uma concepção específica sobre o que seria um bom movimento social (=consolidado) e uma boa forma de se fazer política (=sem muitos conflitos internos no grupo). Estes dois profissionais não enxergam unidade de luta do movimento – perspectiva que não é compartilhada por todos os profissionais, vale lembrar. Técnico e coordenador demonstram dificuldade de lidar com a instabilidade existente quando se fala de sexualidade desvinculada de natureza – e consideram essa mesma desconexão como propiciadora da fraqueza política do movimento GLBTT (LOPES, 2008. p. 83).

A entrevista de Tatiana Lionço, técnica, membro e coordenadora do CT GLTB, demonstra como a compreensão pode ser múltipla no mesmo ambiente de trabalho. Segundo a autora, Tatiana não trouxe em suas falas nenhuma dificuldade teórico-política como foi apresentado pelos profissionais anteriormente, sendo inclusive reconhecida como pesquisadora ativista no campo das sexualidades. Como estudiosa das relações de gênero, e tendo suas concepções políticas diretamente ligadas à promoção da equidade das camadas populacionais excluídas do acesso à saúde e outros bens coletivos por causa de identidade de gênero e exercícios da sexualidade considerados desviantes (REIS; 2008); o projeto societário do movimento GLBTT corresponde exatamente na busca pela possibilidade de equação normativa. Não havendo assim, nenhuma incongruência, para ela, quanto suas concepções teórico-políticas.

No debate sobre política de saúde e transexualidade, as compreensões sobre qual o conteúdo da política, qual o dever do Estado, e outras análises, são diversos.

As decisões e as ações reais de profissionais ligados ao tema – direta ou indiretamente – são condicionadas por suas respectivas concepções sobre como deve ser o mundo: como devem ser as políticas, como deve agir o judiciário, como devem agir os profissionais, o que é transexualidade e o que é transexualismo, racionalidade e corpo (LOPES, 2008. p. 87).

Num outro momento da dissertação, em contraste com o que alguns profissionais relataram, a autora apresenta falas de transexuais que participaram de um grupo de diálogo, pensando sobre como devem ser as políticas de saúde, sobre o SUS, sobre como o Estado deve agir, e como deve ser a vida das pessoas transexuais para eles/elas.

As discussões deste grupo de trabalho buscaram o reconhecimento de transexuais como sujeitos importantes para definições dos caminhos que as políticas de saúde devem tomar, na tentativa de dialogar com outros discursos, não restringindo ao discurso biomédico o poder de decisão.

Nos relatos das transexuais se apresenta o descontentamento com a desigualdade existente no atendimento do SUS devido a suas particularidades identitário-corporais. Da mesma forma que a pauta sobre orçamento é preocupante para gestores e técnicos, o não acesso igualitário à saúde também é pauta no discurso das pessoas transexuais, que na maioria das vezes ficam sem atendimento. Referem-se a falta de acesso à saúde não visando os processos cirúrgicos, mas referindo-se a conduta dos hospitais e dos profissionais da área (recepcionistas, enfermeiros, médicos, seguranças, etc.) que dão preferência no atendimento a outros pacientes, agindo de forma preconceituosa com as pessoas transexuais.

A presença de transexuais demandando acesso aos serviços de saúde, de acordo com os relatos apresentados acima, parece gerar um tipo de aborrecimento aos profissionais que não tem sua origem na tensão universal *versus* particular, na dificuldade de inserir a diferença no universal, mas na descaracterização dessas pessoas como sujeito. Trata-se de compreender que existem entraves institucionais e operacionais de ações inclusivas a alguns grupos sociais “justamente por essas ações esbarrarem em resistências de ordem moral e preconceituosa” (LIONÇO, GRANER, STÉFANIE, 2007).

Embora exista uma Política Pública pactuada no Comitê Tripartite, publicada em 2011 e alguns programas de atenção à saúde das pessoas transexuais -conforme salientado neste capítulo-, o não reconhecimento é apenas um dos indicadores da desigualdade e preconceito. A inequidade é uma marca na distribuição de serviços, recursos e poder decisório.

A decisão do Ministério da Saúde em adotar os princípios estabelecidos pelo CFM reafirma a patologização da transexualidade e orienta uma produção de ações discriminatórias. Embora o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja entendido como o reconhecimento da autonomia do sujeito, este somente poderá consentir após o consentimento do médico/psicólogo que o autorize a falar de si.

CAPÍTULO III

DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS

Mesmo que possamos reconhecer o campo de disputa em torno da transexualidade, a percepção hegemônica segue confortavelmente posicionada no lugar da patologia. A ideia de que as pessoas transexuais são portadoras de algum tipo de transtorno neurológico, endocrinológico ou mental reverbera nos discursos científicos ou no senso comum. Neste capítulo final, apresentamos o movimento de resistência das pessoas transexuais e ativistas que se somaram num movimento pela despatologização das identidades trans que foi denominado STOP patologização²⁷.

Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) apresentam as iniciativas da campanha pela despatologização das identidades trans, situando a ideologia de gênero presente no DSM²⁸ e no CID²⁹ que identificam o gênero como uma categoria diagnóstica e apresentam quatro argumentos pelo fim do diagnóstico de gênero, que serão norteadores de nossa discussão. Retomam a perspectiva histórica da constituição do gênero como categoria diagnóstica, retornando à década de 1950 quando o endocrinologista Harry Benjamin (conforme explicitado no primeiro capítulo) se dedicava a estabelecer diferenças entre as pessoas transexuais em relação aos homossexuais; mesmo período em que surgiram os primeiros artigos sobre o fenômeno transexual.

A patologização das transexualidades se afirma a partir de uma possibilidade técnica, “a cirurgia de transgenitalização” que apresentada como alternativa única para as pessoas transexuais, passa a legitimar critérios (segundo ele, científicos) para se diagnosticar o *verdadeiro transexual*, podendo assim concretizar a intervenção cirúrgica terapêutica.

Contrapondo-se à Harry Benjamin, havia também profissionais das áreas *psic* que não concordavam com o tratamento terapêutico a partir de intervenções corporais. Entretanto, após o congresso da Associação Harry Benjamin em 1969, a transexualidade passou a ser considerada como Disforia de Gênero e em 1980 o diagnóstico para transexuais foi incluído no Código Internacional de Doenças (CID), materializando a transexualidade como uma doença. No mesmo período foi considerada a transexualidade como Transtorno de Identidade de Gênero pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana.

²⁷ Campanha Internacional pela despatologização das identidades transexuais que propõe a retirada da transexualidade do rol de doenças mentais.

²⁸ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que inclui a transexualidade como Transtorno de Identidade de Gênero.

²⁹ Classificação Internacional de Doenças.

Encontramos no DSM-IV uma radical defesa do dimorfismo. As performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade são níveis constitutivos da identidade do sujeito que se apresentam colados uns aos outros. O masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade. Quando há qualquer nível de deslocamento, deve haver uma intervenção especializada, principalmente de algum especialista nas ciências psi, para restabelecer a ordem e a “coerência” entre corpo, gênero e sexualidade. É esse mapa que fornecerá as bases fundamentais para a construção do diagnóstico de gênero (BERENICE & PELÚCIO, 2009, p. 571).

Nos três documentos ressaltados pelas autoras: DSM-IV, CID-10 e SOC³⁰, as pessoas transexuais são consideradas como portadoras de algum tipo de transtorno, independente de suas experiências histórico-culturais, sociais e econômicas. A única diferença entre eles é que um deles (SOC), se posiciona a favor da cirurgia de transgenitalização como única e exclusiva alternativa para a transexualidade, e outro (DSM-IV) determina que, o quanto antes for descoberto e tratado o transtorno, pode ser curado e a pessoa pode retornar a viver normalmente (no que se refere à viver dentro das normas de gênero). Já o CID-10 - que diferente destes não serve como manual de orientação ao diagnóstico - por sua vez, caracteriza definitivamente a transexualidade como uma doença através de seus códigos utilizados internacionalmente por médicos e outros profissionais da saúde.

Contudo, a experiência transexual não se traduz por sintomas ou aparecimento de enfermidades no corpo. Nenhum exame neurológico e físico podem comprovar as identidades transexuais. E por isso, nem médicos ou profissionais das áreas *psi*, podem diagnosticar e indicar tratamentos baseados no saber técnico para algo que não se caracteriza como doença de fato. O gênero continua inteligível a partir da diferenciação sexual e da complementaridade dos sexo; através das denominações feminino/masculino, e portanto, são as normas de gênero - a heterossexualidade-, que se mantem como norteadoras do parecer médico sobre as transexualidades. Trata-se, de um jogo de poder, em que o saber científico (médico/psi) está acima de qualquer experimento individual e histórico-social.

As autoras apontam que a resistência contra a patologização dos gêneros se faz maior atualmente com o movimento Stop Trans Pathologization 2012! (Pare a Patologização!). As primeiras manifestações ocorreram em Madri, Barcelona e Paris no ano de 2007, e se estendeu em 2009 ganhando mais força e adesão em vários países, demonstrando a capacidade de resistência e politização de múltiplas vozes contra o poder do diagnóstico.

Atualmente, são mais de 100 organizações e quatro redes internacionais na África, na Ásia, na Europa e na América do Norte e do Sul que estão engajadas na campanha pela retirada da transexualidade do DSM e do CID. As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno de Identidade de

³⁰ Standards of Care é um documento internacional que busca articular um consenso profissional acerca do manejo do saber psi, médico e cirúrgico sobre as “Desordens da Identidade de Gênero”.

Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11; 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas *intersexo*; 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p. 573).

No Brasil, a adesão à Campanha se multiplica desde 2010, com manifestações como a publicação de um manifesto e outras produções de materiais do Conselho Regional de Psicologia (CRP) de São Paulo; debates e seminários oferecidos pelas universidades, além de divulgação nas redes sociais e a luta de ativistas diversos não exatamente ligados a alguma instituição científica, escolar ou política.

As armas utilizadas estrategicamente nesta campanha pelo fim do diagnóstico são as próprias fragilidades dos argumentos que defendem a patologização do gênero.

Primeiramente, quando se argumenta a partir da diferenciação dos gêneros feminino/masculino que uma pessoa transexual ou travesti é doente, sustenta-se a normatização de uma cultura binária-dimórfica (baseada nas ciências biológicas) entre homens e mulheres, comprovada historicamente como tendo sido fomentada visando relações de poder político e social.

Discutir gênero é se situar em um espaço de lutas marcado por interesses múltiplos. A natureza do gênero é ser desde sempre cultura. Nas últimas décadas, essa disputa interna e externa ao mundo acadêmico ficou explicitada. Cientistas sociais, historiadoras/es, filósofas/os e alguns setores do ativismo LGBTTI (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e *intersexos*) vêm produzindo discursos contra-hegemônicos ao poder/saber da biomedicina (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p.575).

Em segundo, sugerir que a terapia psicológica - assim como o tempo determinado de 2 anos de acompanhamento médico e psiquiátrico das pessoas transexuais durante o processo de tratamento compulsório -, torna-se necessária para evitar o acometimento de suicídio por insatisfação pós intervenção cirúrgica, confirma - nada mais, nada menos -, que uma subjugação ao poder científico e aos profissionais da saúde que consideram-se aptos à cura do transtorno de gênero e adequação das pessoas transexuais à vida natural. Esta considerada “necessidade” de a pessoa trans submeter-se a acompanhamentos médicos, psicológicos/psiquiátricos dentro do processo transgenitalizador,

(...) escamoteia a posição hegemônica de que essas pessoas são transtornadas, portadoras de subjetividades, desconectadas com a realidade e, portanto, sem condições psíquicas de administrar suas escolhas. Essa é uma estratégia discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p.576).

Lembrando que, estes mesmos procedimentos de acompanhamento integrado são considerados nos serviços de saúde credenciados para a realização das cirurgias de

transgenitalização e ainda nos protocolos das políticas públicas, como vimos no capítulo anterior.

O questionamento da lógica que organiza os procedimentos e protocolos coloca em questão a presunção da patologia como categoria, abrindo assim o campo de debate. Investigar os construtos naturalizados de argumentos como por exemplo, a questão do suicídio nos parece muito mais uma retórica da vitimização que autoriza que se continue medicalizando aquelas/es que não cumprem as expectativas de gênero anunciadas pela pretensa verdade estabelecida pelo sexo genital. Não temos pesquisas que informem a existência de tal fenômeno, o arrependimento (motivador do suicídio) parece operar como elemento justificador de uma tutela antecipada, como se o processo terapêutico pudesse assegurar o sucesso do procedimento cirúrgico e a satisfação do usuário.

Outro discurso muito utilizado pelos defensores da patologização das identidades trans é que se a transexualidade e a travestilidade forem consideradas como doença, haverá investimentos por parte do Estado com relação aos procedimentos corporais, sendo eles hormonais ou cirúrgicos. Algo que não se sustenta, pois, considerando o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), é dever do Estado garantir atendimento universal de saúde para todo cidadão, sendo ele de qualquer raça, classe social, cultura e gênero. Assim como é oferecido, no âmbito do SUS todos os recursos de atenção e cuidado, incluindo as cirurgias de transgenitalização.

No entanto, independentemente do interesse que motiva a defesa do diagnóstico de gênero, nota-se uma inversão à lógica do pertencimento a uma comunidade chamada Estado-Nação. Os interesses hegemônicos do Estado passam a ser defendidos como verdades a-históricas e a biopolítica passa a ser naturalizada por um discurso de atemporalidade. Se, para o Estado, os/as normais de gênero são aqueles/as que têm uma correspondência entre genitália, performance e práticas eróticas e se essa definição gera um *modus operandi* que exclui sujeitos que estão nos seus marcos, estamos diante de uma contradição com sua própria definição universalizante. (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p. 577).

Compreender que, algumas pessoas transexuais defendem a patologização da transexualidade porque dependem dela para acessar o serviço de saúde e iniciar o processo de transformação de seus corpos, é demasiado simples. Estas pessoas que vivem tantas formas de exclusão, desde a infância, dentro das escolas, exclusão social, de direitos, de culturas e até mesmo de suas próprias famílias. Nomearem seu processo de subjetivação como patologia poderia dar sentido ao “ser diferente” ao mesmo tempo que produziria uma certa legitimidade em casa (TEIXEIRA, 2013) o que nos parece, a princípio, legítimo. No entanto, o uso, ainda que estratégico do diagnóstico parece fragilizar a luta por autonomia e auto-identificação.

O mesmo raciocínio não pode ser utilizado para o Estado que se diz democrático e se posiciona de forma excludente diante do direito de seus cidadãos. O Estado é cúmplice na produção de vulnerabilidades, cúmplice da injustiça e violência que vitimiza parte significativa deste segmento populacional. Quando o Estado reafirma a patologia, ele concorda com a exclusão, e apoia - mesmo que indiretamente -, que estas pessoas continuem às margens do Estado e continuem sendo violentadas de todas as formas.

O Estado ganha sua concretude nas ações de sujeitos históricos. Fazemos o Estado a cada ato em que o experienciamos. Ele não é um ente substantivado, uma força abstrata que paira sobre nossas cabeças e que tem o poder absoluto e não está acima do mundo da vida (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p. 577).

Em último lugar - e não menos questionável que os outros argumentos patologizantes - há quem defenda a “autoridade científica” que diagnostica os gêneros. Acreditam na força enunciativa dos documentos DSM-IV³¹, CID-10 e no SOC, e que deve ser acatado por ser proveniente de uma análise científica. No caso da transexualidade, a ausência de evidências científicas para configurar o diagnóstico é o fator a ser destacado. Não existem avaliações laboratoriais, físicas, neurológicas e outros testes, capaz de diagnosticar a transexualidade. Inclusive, nos referidos manuais, é explicitado que não existe qualquer teste diagnóstico específico para o Transtorno da Identidade de Gênero.

O que temos de “científico” é a definição de transtornos de gênero ou disforia de gênero estabelecendo protocolos universalizantes, definindo a normalidade de gênero, orientando e autorizando intervenções para, ao fim, se reconhecer anemicamente que não há confiabilidade em suas afirmações (BERENICE & PELÚCIO, 2009. p. 578).

É importante lembrar que estes documentos são formulados por grupos fechados de especialistas que se baseiam nos preceitos heteronormativos para orientação do diagnóstico de gênero. E se este método científico - o qual estes especialistas utilizam como verdade para o diagnóstico-, é tão confiável e eficaz; por que ainda não encontraram explicação para o “surgimento da transexualidade tardia” em pessoas de aproximadamente 40 anos ou mais? Pessoas muitas vezes com famílias constituídas, que revelam se identificar com o sexo oposto, e mesmo tendo conseguido viver dentro da heteronormatividade por um tempo, consideram viver uma experiência de identidade diferente.

Atualmente se vê muitos casos de pessoas que tardiamente se identificam como transexuais. Muitas justificam que se descobriram devido às informações que circulam nas redes sociais de forma mais aberta - e que após ler e conhecer experiências de outras pessoas

³¹ Importante salientar que já está em vigor o DSM V (2013), porém, tem como referência o mesmo texto do autor do DSM IV, publicado em 2012.

com identidade trans-; conseguiram compreender parcialmente suas próprias experiências de identidade de gênero.

“Nosso corpo nos pertence!” – gritavam no começo dos anos 1970 as mulheres que protestavam contra as leis que proibiam o aborto, pouco tempo antes que os movimentos homossexuais retomassem o mesmo slogan.³² A campanha Stop Trans Pathologization!, cumpre um papel histórico de luta pela desnaturalização do gênero. Em seu manifesto, publicado em diversas redes sociais, questionam tais parâmetros de gênero.

Os questionamentos estão agrupados em alguns temas bases: Como a cientificidade pode determinar as diversas identidades de gênero como patologia? Como os especialistas/cientistas se consideram aptos a tratar pessoas que vivem experiências culturais, sociais, econômicas completamente particulares e independentes, de forma igual e generalizada? E como os Estados e a sociedade como um todo, acredita e valida documentos patologizantes que não fazem mais do que excluir e marginalizar cidadãos que somente buscam pelo direito de reconhecimento social e como ser humano, parte de uma sociedade em comum?

Segue a proposta descrita no manifesto Stop Trans Pathologization 2012!³³, divulgada nas redes sociais de internet:

Por fim, nos dirigimos diretamente à classe política. Nossa demanda é explícita:

- Exigimos a retirada da transexualidade dos manuais de doenças mentais (DSM-TR-IV e CID-10).
- Reivindicamos o direito de modificar nosso nome e sexo nos documentos oficiais sem termos que passar por qualquer avaliação médica psicológica. E pensamos firmemente que o Estado não deveria ter qualquer competência sobre nossos nomes, nossos corpos e nossas identidades.
- Fazemos nossas as palavras do movimento feminista na luta pelo direito ao aborto e ao próprio corpo: reivindicamos nosso direito a decidir livremente se queremos ou não modificar nossos corpos podendo levar a cabo nossa decisão sem impedimentos burocráticos, políticos nem econômicos, assim como livres e qualquer tipo de coerção médica. Queremos que os sistemas de saúde se posicionem frente ao transtorno de identidade sexual, reconhecendo a transfobia atual que sustenta sua classificação, e reelaborem seus programas de atenção à transexualidade fazendo da avaliação psiquiátrica um passo desnecessário e do acompanhamento psicoterapêutico uma opção voluntária.
- Exigimos também o fim das operações a recém-nascid@s intersex.
- Denunciamos a extrema vulnerabilidade e as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho por parte do coletivo de trans. Exigimos que se garanta o acesso ao mundo do trabalho e a execução de políticas específicas que combatam a marginalização e a discriminação do nosso coletivo. Exigimos, além disso, condições de saúde e segurança na realização do trabalho sexual e o fim do assédio policial a estas pessoas, assim como do tráfico sexual.
- Esta situação de vulnerabilidade se acentua no caso de pessoas trans imigradas, que chegam ao nosso país fugindo de situações de extrema violência. Exigimos a

³² Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. (org.) **História do corpo: As mutações do olhar. O século XX.** Vol.3, Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. P.7.

³³ Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt/manifesto>. Acesso em 20 ago. 2013.

concessão imediata de asilo político neste casos uma vez que reivindicamos a plena equiparação de direitos às pessoas migrantes. Denunciamos os efeitos da política de imigração sobre os setores socialmente mais vulneráveis.

- Ao mesmo tempo que gritamos que não somos vítimas, mas sim seres ativos e com capacidade de decisão sobre nossa própria identidade, **queremos recordar também todas as agressões, assassinatos e também suicídios de pessoas trans causadas pela transfobia.** Apontamos o sistema como culpado por estas violências. **O silêncio é cumplicidade.**

Este manifesto denuncia publicamente a psiquiatrização das identidades trans e torna visível a violência exercida às pessoas trans e intersex, que “tem” de ser submetidas à procedimentos médicos para conseguir reconhecimento social.

Flávia Teixeira (2013), aborda a experiência das pessoas transexuais que lutam pelo reconhecimento como seres humanos, e pelo direito à cidadania. Na análise da socióloga Berenice Bento, “Flavia Teixeira percorre longos caminhos e somos convencidos/ as, a cada página, a cada relato, do papel das instituições em produzir as pessoas trans como seres abjetos. Ficamos sabendo quais as partes dos corpos trans são priorizadas nos laudos periciais, aquelas que revelariam se a pessoa portaria signos naturais que poderiam conferir legitimidade à sua demanda de migrar de gênero”.³⁴

Neste último momento, tendo como foco principal a despatologização das identidades, consideramos pertinente a proposta da autora de analisar dilemas e paradoxos identificados nas lutas por reconhecimento de integrantes do grupo (Coletivo Nacional de Transexuais); e sua reflexão quanto às fronteiras identitárias entre travesti e transexual.

Durante as experiências vividas no o XIV Entlaids realizado em 2007, aponta fronteiras entre travestis e transexuais, quando nos debates com referência ao reconhecimento das mulheres, as travestis não se posicionam a favor e, pelo contrário, ressaltam sua vontade de reconhecimento como travestis que se apresentam. Por outro lado, mulheres trans reivindicam o abandono do termo transexual e pautam uma grande discussão colocada pelo Coletivo Nacional de Transexuais, afirmando principalmente o incômodo com relação à proposta de adesão do termo “Mulher e/ou Homem que vivencia a Transexualidade” como substituto para mulheres transexuais e/ou homens transexuais.

Segundo a autora, essa reivindicação no CNT reflete numa estratégia de reconhecimento de posições sociais que são visualizadas pelo Estado e pelas Políticas que fomentam o processo cirúrgico e acesso à saúde.

O que entendo como problemática dessa posição não é a reivindicação da transitoriedade do termo transexual, mesmo porque penso que o uso estratégico do termo (transexual) pode significar estar em trânsito, um deslocamento, e não uma

³⁴ Ver em: http://www.annablume.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=177:dispositivos-de-dor&catid=24:comentario. Acesso em 20 ago. 2013).

posição identitária fixa que aprisiona o sujeito e homogeneiza a subjetividade das pessoas (transexuais). A transexualidade pode ser lida como uma experiência de mobilidade que carrega um desejo de finitude. Alcançar a —outra margem do rio e declarar o fim desta passagem. Se para muitos/as esse lugar é atribuído no momento do nascimento, em função de uma genitália aparente, para os/as integrantes dessa pesquisa tal posição depende de uma conquista. A questão maior é que a armadilha desse discurso reside no caminho escolhido para alcançar a outra margem do rio: a imposição da cirurgia (TEIXEIRA, 2013. p. 228-229).

Encarando a transexualidade como uma experiência - algo que se vivencia ou vivenciou-, comporta-se um significado de trânsito/passagem, e claro, finalização. Compreendendo a armadilha existente no discurso de que a cirurgia traz consigo a finalização deste “processo”, a autora reflete que a posição de homens e mulheres (trans) que consideram e afirmam viver uma *experiência transexual* deve ser legitimada como elemento fomentador de uma luta de reconhecimento; mas de um reconhecimento que não parece ter como critério a questão de identidade. Um exemplo exposto é o afastamento de muitas pessoas trans (e principalmente das mulheres trans) dos movimentos como o LGBT e até mesmo do Entlaids uma vez que - visando o atendimento à saúde e direito às cirurgias de transgenitalização-, não consideraram estes movimentos como representantes de suas necessidades e direitos como mulheres, pois não visualizam como prioridade os procedimentos cirúrgicos.

Assim como a autora, percebemos que, através desse posicionamento, essas mulheres transexuais consideram que a questão da transexualidade estaria resolvida, do ponto de vista das políticas de saúde, com a normatização promovida pela Portaria do Processo Transexualizador, a inclusão das mulheres transexuais no Plano de Atenção Básica destinado às mulheres, e também que estariam contempladas nas políticas formuladas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e, no âmbito jurídico, com o crescente número de sentenças favoráveis à modificação de nome e sexo no registro civil (TEIXEIRA, 2013; p.231).

Dessa forma, parece que a luta pela despatologização das identidades trans, sugere um distanciamento com relação às necessidades das pessoas transexuais que buscam pelo reconhecimento visando o processo de transformação genital e a partir disso a garantia de seus direitos e documentos apropriados ao gênero identificado. Entretanto, encarar o acesso a cirurgia como finalização do processo de reconhecimento é o mesmo que considerar a transexualidade como uma experiência patológica, e concomitantemente afirmar que existe uma forma de “curar” este processo de “confusão identitária”.

Sobre outras formas de reconhecimento identitário, não baseado nas delimitações do processo transexualizador, o movimento feminista apresenta-se na luta pelo reconhecimento de todas as mulheres, como iguais. Flávia coloca em questão o desafio de construção de uma

pauta comum que reconheceria de que se pode chegar usando outros caminhos, e que a reivindicação da posição de mulher não estaria subordinada à morfologia da genitália (TEIXEIRA, 2007; p.233-234). Outro campo de luta apresentado pela autora envolvendo mulheres, travestis e transexuais, é o das prostitutas no Brasil, que buscam pelo reconhecimento como profissionais do sexo e lutam pelo combate à exclusão e violência. Verifica-se que no acompanhamento da constituição do Coletivo Nacional de Transexuais, muitas mulheres transexuais não apoiam ou participam deste movimento que também luta pelo direito das mulheres, como um todo. Arrisca justificar este distanciamento por parte das mulheres transexuais dizendo que:

(...) uma das explicações para o silenciamento da prostituição pode também residir na estratégica tentativa das mulheres (transexuais) se distanciarem das travestis. Conforme discutido acima, o exercício da prostituição pode ser acionado como uma linha divisória entre travestis e mulheres (transexuais). Esse —ocultamento parece demarcar a diferenciação para além da função de um diagnóstico numa perspectiva ampliada de consolidar uma identidade distinta (TEIXEIRA, 2013. p. 239).

Pensamos na recusa por parte das mulheres transexuais com relação a este movimento, tentando compreender que, se é tão difícil o reconhecimento das identidades trans fora dos marcos patológicos; tão mais complexo seria assumir a condição de mulheres transexuais e travestis como profissionais do sexo, ou seja, a sobreposição do preconceito. Até no âmbito da despatologização, pessoas transexuais, profissionais e pesquisadores que trabalham na construção de políticas públicas de saúde, enfrentam dilemas e barreiras tentando escapar, encontrar linhas de fuga para romper com os parâmetros da patologização.

Retomando, importa ressaltar que conforme apresentado no segundo capítulo deste trabalho, Flávia Teixeira argumenta sobre as dificuldades para construção de políticas de saúde para as pessoas transexuais; em que os pesquisadores e profissionais de saúde não encontram consenso quando precisam garantir a assistência à saúde destas pessoas, sem relacionar à doença.

A ausência de consenso expressa a disputa entre aqueles que mantêm a transexualidade com o estatuto de patologia e outros que desejam sua (des)patologização. Os dilemas dos profissionais se avolumam quando devem garantir a assistência à saúde sem a atrelar à doença. Enfatizar que a transexualidade não está condicionada ao desejo/demanda pela cirurgia seria uma estratégia de ruptura com um dos pilares do diagnóstico médico. Ao mesmo tempo em que dizer de uma ação no campo psi, que não se restringe ao caráter autorizativo para a realização da cirurgia, é remeter a discussão para o campo do reconhecimento da autonomia do sujeito, rompendo uma relação, até então, harmônica entre a psicologia e a psiquiatria (TEIXEIRA, 2013. p. 246).

No campo das políticas públicas, refere-se a importância da disputa dos saberes das ciências humanas que é mais próximo do movimento social, em enfrentar os cânones do saber médico hegemônico. A autora apresenta anotações do Caderno de Campo, Brasília, 05 de

junho de 2012 que sugere um certo desconforto para representantes das áreas médicas, com vistas para a proposta de revisão do DSM IV e CID 10:

O silêncio anunciava o desconforto que os representantes das associações médicas deixariam transparecer pouco tempo depois deixando o seminário e não retornando no período da tarde: todos(as) os psiquiatras presentes abandonaram a discussão, inclusive os representantes dos serviços (TEIXEIRA, 2013. p. 246).

Sobre este desconforto, afirma que não considera que estes profissionais da área médica desconhecessem as revisões que estavam em pauta, muito menos que as críticas produzidas pelo movimento pela despatologização das identidades trans que provocaram deslocamentos até mesmo em organizações como a World Professional Association for Transgender Health (WPATH), evidentes na sétima versão do SOC (Standart of Care). (TEIXEIRA, 2013; p.267).

Ademais, a luta pela retirada da transexualidade do rol de doenças não visa promover apenas um deslocamento de termos ou revisão do espaço ocupado no CID; mas sim romper com os dispositivos que barram a liberdade do outro de se reconhecer conforme se vê. Se partirmos do pressuposto de que há múltiplas possibilidades de experiências e práticas de gênero e que as pessoas que solicitam alterações corporais ou desejam migrar legalmente de um gênero imposto para outro com o qual se identifica são sujeitos capazes de conferir sentido para estas transformações, não há justificativa para definir um protocolo fundamentado no transtorno mental. (BENTO, 2011, p.98).

Dessa forma, a despatologização deve se constituir numa luta coletiva de pessoas transexuais e de todas as pessoas que reconhecem o direito de existir fora dos marcos da heteronormatividade.

CONCLUSÃO

Ao escrever história tenho atuado, agido, produzido fatos, eventos com repercussões sociais e culturais. Sou, às vezes, como um rio, mero objeto de fluxos, de processos, de relações que passam por mim, que têm em mim um ponto de apoio, mas às vezes sorrio porque posso burlar estes processos, estas determinações, estas estruturas, posso nega-las, a elas resistir, com elas me divertir e divergir, muitas vezes com um simples sorriso de ironia.³⁵

Compreendendo o processo histórico de construção do conceito transexualidade e sua constituição como entidade nosológica e a consequente marginalização e exclusão das pessoas transexuais. Tendo organizado as reflexões acerca de políticas e movimentos sociais que assumiram a luta pela despatologização das identidades trans e reconhecimento destas pessoas; alcançamos algo mais parecido com uma *conclusão-problema*.

Afinal, a transexualidade mostra que é possível transpassar os paradigmas normal/anormal e homem/mulher; entendendo a constituição do sujeito fora (mas em relação) dos limites heteronormativos em sua diversidade e transitoriedade, considerando a subjetividade existente nas diferentes identidades contemporâneas.

A transexualidade e os processos de luta pelo reconhecimento das identidades trans que estão em pauta atualmente, não supõe uma conclusão. Pelo contrário, situados na contemporaneidade, parece apontar para um longo caminho de luta dentro da história da humanidade. Portanto, este trabalho apresenta-se como um fragmento da escrita da história da transexualidade no Brasil; distante de encontrar um final, tampouco chegar a uma previsão de desfecho.

Esta pesquisa permitiu dialogar com autores que questionam a produção de um discurso oficial sobre a transexualidade ao mesmo tempo em que assumem uma posição de sujeito na luta pelos direitos das pessoas transexuais. Ademais, proporcionou alinhar autores que, no Brasil, se reconhecem e são reconhecidos como ativistas. Afirmando talvez a possibilidade de (re)encontrar na academia o espaço da militância.

³⁵ ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz. *História: A arte de inventar o passado*. Ensaios da teoria da história. Bauru, SP: Edusc, 2007. p. 35-36.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz. **História: A arte de inventar o passado.** Ensaios da teoria da história. Bauru, SP: Edusc, 2007.
- ANIS, Série. Ano IX, n.39, p.1-4, Brasília, Letras Livres, abril de 2005.
- ANIS, Série. Ano IX, n.53, p.1-3, Brasília, Letras Livres, janeiro de 2008.
- ANIS, Série. Ano IX, n.68, p.1-11, Brasília, Letras Livres, agosto de 2009.
- ARÁN, Márcia; Murta, Daniela; Lionço, Tatiana. **Transexualidade e Saúde Pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.14, nº.4. Rio de Janeiro. Jul/Ago. 2009.
- ARÁN, M et al. **Transexualidade e saúde pública:** acúmulos consensuais e propostas para atenção integral. Mimeo, 2008.
- BENTO, Berenice. **A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond; Clam, 2006.
- _____. **O que é transexualidade.** São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção Primeiros Passos).
- BENTO, Berenice & PELUCIO, Larissa. **Despatologização do gênero:** A politização das identidades abjetas. Estudos Feministas, Florianópolis, maio-agosto/2012.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília, DF. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília – DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº457/SAS** que aprova a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Brasília – DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1707 GM/MS** que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2008.
- BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero.** Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CORBIN, A.; COURTINE JJ. & VIGARELLO G.; (orgs.) **História do corpo:** As mutações do olhar. O século XX. Vol.3, Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.
- FOUCAULT, Michael. **Herculine Barbin:** O diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- _____. **História da Sexualidade 1:** a vontade do saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2006.
- _____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1992.

JUNIOR, Jorge Leite. **Nossos corpos também mudam: Sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico.** São Paulo, 2008.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo.** Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001.

LIONÇO, Tatiana; STEFANIE, Andrea; GRANER, Barbara. Movimento GLTB e Transexualidades nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil: indiossincrasias e sincronismos. Florianópolis. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 2006.

MEDICINA, Conselho Federal. Resolução nº1482/1997 que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização.

_____. Resolução nº1652/2002 que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a resolução nº1482/1997.

_____. Resolução nº1955/2010 que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a de nº1652/2002.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php Acesso em 29 de agosto de 2013.

REIS, Izis Moraes Lopes. **Transexualidades:** interlocução entre o Direito e a Medicina. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Brasília, 2009; SÉRIE ANIS, Ano IX, n.68, p.1-11, Brasília, Letras Livres, agosto de 2009.

TEIXEIRA, Flávia. **Dispositivos de dor:** saberes – poderes que (con)formam as transexualidades. Editora ANNABLUME; 2013. p. 228-229.

_____. **Vidas que desafiam corpos e sonhos:** uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. Campinas, 2009.